GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1889

PARIS. — IMPRIMERIE A. DAVY, 52, RUE MADAME

ANNÉE 1889

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME VI

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon. 8

60e Année. 7e Série. Tome VI. N° 1 5 JANVIER 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES, (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Méthodes générales de traitement des affections oculaires, leçon de M. le Dr A. Trousseau à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, recueillie par M. Daguillon, interne du service.

Messieurs,

L'étude des méthodes générales de traitement des affections oculaires comprend deux grands chapitres :

1° Méthodes hygiéniques.

2° Méthodes thérapeutiques.

Dans le premier nous étudierons :

a. *L'hygiène de l'œil*, les conditions favorables et nuisibles à cet organe.

b. *Les moyens hygiéniques* employés en ophthalmologie.

c. *Le régime* à suivre.

Dans le deuxième nous aurons à examiner :

a. *La thérapeutique générale*, modifiant l'organisme entier.

b. *La thérapeutique indirecte*, c'est-à-dire celle qui a pour but d'agir à quelque distance de l'œil.

c. *La thérapeutique directe* ou locale, celle qui est appliquée sur l'œil même.

1° Méthodes hygiéniques

a. *Hygiène de l'œil.*

Elle intéresse particulièrement le malade; celui-ci généralement s'occupe moins du traitement que du régime; il veut des détails sur la façon dont il devra passer ses journées; doit-il fumer, aller au théâtre, dîner en ville, etc.?

Je vais donc m'appesantir sur cette partie de la question.

Les conditions nuisibles à l'état de santé de l'œil sont les suivantes :

1° *La malpropreté*, qui ne consiste pas seulement dans les lavages insuffisants, mais dans la présence de concrétions, de dépôts d'épithélium desquamé à la naissance des cils, malpropreté qui peut être efficacement combattue par l'action des compresses antiseptiques, sans lesquelles elle détermine des hypérémies conjonctivales et même des accidents cornéens.

2° *L'air confiné*, qui rend si fréquentes les affections oculaires dans les lycées, prisons, ateliers, etc. On devra donc recommander aux malades atteints d'éviter les cafés, théâtres, etc., et au contraire leur conseiller la vie en plein air, au bord de la mer, à la campagne si possible. Ces prescriptions seront applicables, même aux opérés de cataracte dont les chambres doivent être aérées, bien éclairées, contrairement aux errements de nos prédécesseurs.

3° *Le tabac*. A moins d'indication formelle comme les amblyopies toxiques, on peut laisser le malade libre de fumer, à condition qu'il le fasse en plein air. On lui recommandera surtout, même s'il n'est pas fumeur, de ne pas rester dans un

FEUILLETON

Des rêves morbides (1)

Ægri Somnia.
Hor.

Chapitre II

Rêves symptomatiques

Dans ma première communication sur les rêves morbides, je vous ai entretenus des rêves prodromiques, c'est-à-dire des rêves qui, dans certains cas, peuvent, pour un praticien sagace, observateur, devenir des signes précieux d'une maladie en état d'incubation, à savoir d'une maladie qui ne donne encore aucun signe d'existence, à tel point que les patients, jouissant en apparence d'une parfaite santé, sont loin de se croire menacés d'une maladie qui peut se terminer quelquefois par la mort.

J'ajoutais que le microphone, qui est à l'ouïe ce que le microscope et les lunettes astronomiques sont à la vue, contribuera peut-être dans un avenir plus ou moins prochain à cet heureux résultat et, en présence des merveilles engendrées par la science moderne, je terminais, en m'écriant avec le plus sentencieux des poètes :

Nil mortalibus arduum est.

Aujourd'hui, messieurs, j'ai l'honneur de vous entretenir des rêves symptomatiques, des rêves qui accompagnent et compliquent les maladies tout à fait caractérisées.

Parmi ces maladies, la folie assurément occupe le premier rang.

Il est reconnu que les conceptions délirantes, les hallucinations, les illusions des prétendus sorciers prenaient leur source dans les fausses perceptions du sommeil.

Ces malheureuses victimes des préjugés dominants étaient si persuadées de leur réalité, qu'elles bravaient les souffrances les plus atroces de la tortnre et la mort même, plutôt que de renoncer à leurs convictions.

Le vampirisme n'est que le résultat d'un rêve qui règne souvent d'une manière épidémique chez les Morlaques et les Hongrois; il en sera question à propos du cauchemar, dont il est une variété.

(1) V. le premier chapitre dans la *Gaz. Méd.* année 1888.

fumoir, et, autant que possible, d'éviter le contact de la fumée dans nn endrois clos.

4° Il faut éviter les *frottements*, tels que ceux produits par les mains, par les lunettes, sur les cils et rebords palpébraux, frottements susceptibles de déterminer des kératites, conjonctivites, etc.

5° On doit également fuir les *poussières* au contact desquelles exposent certaines professions ou certaines conditions atmosphériques (vent, pluie, etc.) Combien de conjonctivites guéries par le port de simples lunettes protectrices chez des individus exposés à ces inconvénients.

6° On cherchera à empêcher les *congestions céphaliques* de quelque nature qu'elles soient. Dans cet ordre d'idées, on recommandera de fuir *les cris, chants, exercices violents;* le *corset* trop serré; les *dîners en ville* qui joignent à l'inconvénient d'une nourriture trop plantureuse la présence dans une salle ordinairement surchauffée. Rien ne fatigue plus les patients que le travail oculaire, les lésions fussent-elles palpébrales. On sait, par exemple, combien la lecture à la lumière aggrave certaines blépharites.

Enfin on devra surtout s'inspirer de l'état général du malade, et lui faire éviter tout ce qui pourrait être de nature à déterminer *une fatigue oculaire*.

Les conditions favorables seront naturellement, et sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage :

1° *La propreté.*
2° *L'air libre.*
3° *Le repos oculaire.*

A ces conditions, nous ajouterons encore :

4° *L'état de santé* qui doit être maintenu le meilleur possible.

5° *L'antisepsie* la plus rigoureuse. Quelles que soient les lésions oculaires, on peut dire que c'est une panacée qui devra toujours être employée, et qui toujours donnera les meilleurs résultats.

b. *Moyens hygiéniques*.

Les moyens hygiéniques usités en oculistique sont presque aussi des moyens thérapeutiques.

Ce sont :

1° *La chambre noire.*
2° *Le bandeau.*
3° *Les lunettes.*

1° *La chambre noire* doit être supprimée complètement : d'abord elle empêche l'aération des salles, anémie les malades et amène chez ceux-ci et chez leurs parents un état de tristesse qui ne peut être que nuisible à la guérison.

Du reste, dans les cas graves, le malade a les deux yeux fermés par le bandeau qui suffit amplement à produire l'obscurité.

2° *Le bandeau* est utile quand il y a blessure, perte de substance, perforation de la cornée ou menace d'infection; dans les autres cas, il doit être laissé de côté, car il favorise l'entropion, le distichiasis, le blépharospasme, etc. (1).

3° *Les lunettes* ne sont pas indispensables, car elles habituent l'œil à l'obscurité et augmentent la photophobie quand on les quitte, de telle sorte que certains malades ne peuvent plus s'en déshabituer. Quand on en prescrit, on doit toujours indiquer les teintes claires. Elles ne sont recommandables qu'à titre d'appareil protecteur.

Chaque couleur a eu ses partisans; le *vert*, préconisé autrefois, est aujourd'hui universellement repoussé comme mauvais et fatigant. Le *bleu* a eu plus de succès, mais n'est guère meilleur. Les verres *jaunes*, préconisés par M. Fieuzal, seraient plus avantageux; mais l'aspect qu'ils donnent à la physionomie en restreint l'emploi. Les lunettes *fumées* paraissent actuellement réaliser tous nos desiderata, à la condition cependant que la teinte ne soit pas mélangée *de violet*, les rayons de cette couleur étant très nuisibles à l'œil. On reconnaîtra facilement la présence du *violet* dans un verre fumé : en appliquant celui-ci sur une feuille de papier blanc, si la teinte renferme du *violet*, le papier prendra cette couleur derrière le verre.

La *forme* doit être celle d'une coquille, sans foyer, dont la partie culminante sera exactement située sur le prolongement de l'axe oculaire. On devra faire l'ordonnance de telle façon que la distance des parties culminantes soit égale à celle des axes optiques, ce qui pourra être réalisé, soit en se servant de lunettes d'essai spéciales, soit en mesurant directement la distance entre les denx axes.

Les *lunettes* devront toujours être préférées aux pince-nez, et n'exercer aucun frottement sur le bord ciliaire.

c. *Régime*.

Le *régime* n'aura rien de bien spécial; cependant on fera bien

(1) A ce sujet, voir *Union médicale*, 1888.

Le sommeil chez les monomaniaques est un sujet d'indications précieuses. Esquirol a souvent passé des nuits à les écouter, et plus d'une fois ses veilles ont été récompensées, car les malades lui révélaient en dormant le sujet de leur délire.

La nature et le caractère des rêves varient avec le genre de folie: versatiles et incohérents dans la manie; gais, expansifs et persistants dans la monomanie expansive; tristes et oppressifs dans la lypémanie; confus et comme voilés, mais toujours tristes dans la stupidité, car la stupidité n'est que le plus haut degré de la lypémanie. Le stupide, en effet, est taciturne, immobile et presque insensible aux impressions extérieures, et lorsque les impressions sont perçues, elles sont à l'instant transformées et deviennent le point de départ d'une foule de rêves-illusions.

Dans la démence enfin, les rêves sont rares, très fugaces, très confus et ne laissent aucun souvenir, car dans la démence la substance grise du cerveau est toujours plus ou moins atteinte, et partant les facultés psychiques sont singulièrement affaiblies (1).

(1) Macario. *Des hallucinations*. In : ANNALES MÉDICO-PSYCHOL., 1846. — *De la démonomanie* In. *ibid* 1843.

Les manigraphes ont remarqué que les désordres de la folie se sont quelquefois reproduits, après guérison, dans le sommeil.

Un maniaque, en effet, eut, huit jours après son rétablissement complet, des rêves dans lesquels il fut assailli par les mêmes passions violentes qui l'avaient travaillé pendant sa maladie.

Le médecin doit, en outre, tenir compte des rêves dans les différentes périodes de l'aliénation mentale, car, à mesure que les facultés reviennent à leur type régulier, les songes doivent à leur tour s'approcher de plus en plus de ceux qu'on éprouve dans l'état de santé, devenir de plus en plus normaux.

Chez les hypochondriaques, les hystériques, les femmes vaporeuses, la digestion est souvent laborieuse. Le tube digestif, l'estomac en particulier est fortement distendu par des gaz; de là un état spasmodique plus ou moins violent de cet appareil, et cet état provoque le plus souvent des rêves pénibles et effrayants. Le sommeil d'un hypochondiaque, auquel je donne des soins, est souvent agité par des rêves terribles, au point qu'il s'éveille en sursaut et demeure pendant quelque temps en proie à une anxiété extrême. L'hypochondrie est chez ce sujet sous la dépendance de

de recommander au malade d'éviter les *aliments échauffants et épicés* (*foies gras, homarde, poissons, gibiers...*) La nourriture sera simple (*viandes blanches et rouges, légumes, fruits, etc.*).

On évitera le *café*, les *alcools*.

L'état du ventre sera surveillé, et on emploiera contre la *constipation* les moyens en usage.

2° MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

a. *Thérapeutique générale.*

Au premier rang de cette thérapeutique, on doit placer les *fortifiants* qui, dans certaines affections oculaires, ont une importance capitale.

On devra rejeter absolument l'emploi des sirops composés difficiles à digérer.

L'huile de foie de morue à elle seule pourra constituer le traitement fortifiant en hiver, mais on y adjoindra avec avantage les *bains de Salies-de-Béarn* (3 par semaine) pris à domicile, ou les *bains salés ordinaires*, suivis de frictions sur le corps.

En été, les *bains de rivière*, les *bains de mer*, l'*hydrothérapie* et le *vin iodé*, la *teinture d'iode dans du malaga* formeront la base de ce traitement.

Dans les affections d'origine *rhumatismale*, on donnera concurremment avec traitement local, le *salycilate de soude* et le *sulfate de quinine* à l'intérieur.

Il va sans dire que les affections *spécifiques* seront justiciables de l'*iodure de potassium* et surtout des *frictions mercurielles*, qui paraissent agir sur l'œil avec prédilection.

En résumé il sera tenu compte de la cause première de la maladie locale et on agira sur *l'état général* par les moyens usuels.

Quand l'affection oculaire revêtira un caractère *douloureux*, on se servira avec avantage des divers calmants, *morphine* en injections, *antipyrine*, *chloral*, *frictions belladonées*.

b. *Thérapeutique indirecte.*

C'est la méthode qui a joué autrefois le plus grand rôle dans la thérapeutique oculaire de même que dans toutes les autres maladies, celle à laquelle nos pères croyaient particulièrement. Elle consistait en *bains de pieds*, *sinapismes*, *sétons*, *ventouses*, etc... Elle avait le rôle principal alors que maintenant elle peut être considérée tout au plus comme accessoire.

Je dis tout au plus accessoire, car quelle influence voulez-vous qu'ait la *circulation de la région temporale* et de la *peau* sur la *circulation oculaire*? Les *bains de pied* qui attirent le sang vers les parties basses du corps, n'empêchent pas celui-ci de remonter vers l'extrémité céphalique et l'œil quand le malade en cesse l'emploi.

Les *sangsues* ne modifient en rien l'état de l'œil, mais elles soulagent le malade; comme telles, elles peuvent être employées utilement dans les iritis, irido-choroïdites, kérato-iritis; elles ne servent à rien dans les conjonctivites ou les kératites.

Où donc les placer? — Jamais sur les paupières où elles sont sujettes à déterminer des hémorrhagies, des thrombus, voire même des érysipèles.

On peut les mettre sur la tempe, en ayant soin d'éviter la temporale; mais la meilleure place est certainement l'apophyse mastoïde, qui seule donne un plan suffisamment résistant.

Quelques oculistes proposent de les mettre sur la gencive, suivant en cela les indications données par la présence de la dent de l'œil !!

Les *ventouses* Heurteloup appliquées à la tempe sont un moyen de même ordre que les sangsues, mais sont encore moins utiles.

Les *bains de pieds*, pour les raisons énumérées plus haut, ne le sont pas davantage.

Les *purgatifs* sont généralement sans grande action sur les affections oculaires, mais, vu leur innocuité et quelques avantages restreints, on peut permettre au patient leur emploi qu'il réclamera fréquemment.

On doit en tous cas rejeter le traitement par le calomel à doses réfractées comme parfaitement inutile, sauf dans quelques cas d'affections profondes.

c. *Thérapeutique directe.*

La thérapeutique directe ou locale consiste surtout en trois grands procédés:

1° *Les compresses.*
2° *Les collyres.*
3° *Les pommades.*

1° *Compresses.* — Il ne faut jamais se contenter de laver l'œil, mais appliquer sur lui des compresses imbibées de liquide. Comment celles-ci seront-elles placées? Si elles doivent être *froides*, mettre la solution à employer dans un bol, prendre

---

ulsations aortiques que je parviens à calmer par les sédatifs et les antispasmodiques.

Les maux de tête peuvent également provoquer des rêves morbides. Une jeune femme faisait souvent, pendant la nuit, des rêves fort pénibles qui se liaient à une céphalalgie périodique intense que j'ai combattue avec succès par les fébrifuges, et les rêves disparurent avec elle.

Dans les fièvres intermittentes, le sommeil est fréquemment troublé par des rêves effrayants; les malades se réveillent alors en sursaut, l'anxiété peinte sur leur visage. Suivant Moreau, de la Sarthe, ces rêves annonceraient que la maladie sera longue et qu'elle se rattache à une affection organique, et il ajoute que, dans ce cas, on doit être très circonspect dans l'administration des préparations de quinquina.

Mes nombreuses observations infirment cependant l'opinion de cet illustre praticien. Nous avons, en effet, traité un très grand nombre de malariques dont le sommeil était rempli de rêves morbides, et jamais nous n'avons constaté aucune lésion organique. D'ailleurs, quand même celle-ci existerait, il ne faudrait pas moins administrer les fébrifuges, afin d'écarter, si possible, une complication toujours fâcheuse, attendu que les fébrifuges ne sauraient en aucun cas aggraver l'affection organique.

D'un autre côté, je me rappelle avoir vu deux fois en consultation un jeune malade qui présentait des accès parfaitement caractérisés de fièvre périodique, sans complication de rêves pathologiques, chez lequel les intervalles apyrétiques étaient indemnes de toute souffrance, au point d'avoir donné le change au médecin distingué qui le soignait sur la véritable nature de la maladie dont il était atteint (affection du foie), à laquelle il ne tarda pas à succomber (1).

Dans la première période de la fièvre typhoïde, le sommeil est toujours agité par des rêves morbides oppressifs ou des rêvasseries continuelles accablantes (2).

Il en est de même de l'embarras gastrique, comme tout le monde a pu le remarquer. A peine sommes-nous endormis que des fantômes

(1) Macario. *Des fièvres intermittentes*. In : GAZ. MÉD. DE LYON, 1856, et GAZ. MÉD. DE PARIS. — *Du traitement des fièvres intermittentes et de la cachexie paludéenne*, mémoire couronné par la Société de médecine de Bruges.

(2) Macario. *Des fièvres continues graves*. In : UNION MÉDICALE, 1851.

ensuite deux compresses de toile fine, les plier en quatre de façon à avoir des morceaux de 7 centimètres carrés environ ; tremper l'une dans le bol et l'y laisser pendant que l'autre, préalablement imbibée, sera appliquée sur l'œil demi-ouvert, le malade étant couché sur un lit ou un canapé, ou la tête renversée en arrière. Sitôt que cette compresse commencera à s'échauffer, c'est-à-dire ordinairement au bout de 2 ou 3 minutes, remplacer la compresse par celle qui est restée dans le bol et replacer dans le liquide la première compresse. Cette opération doit être faite quatre à cinq fois par jour, pendant un quart d'heure chaque fois ; afin d'habituer l'œil à la température ambiante et ménager une transition, on aura soin après chaque opération de laisser en place la dernière compresse. En aucun cas on ne la recouvrira de taffetas gommé, ce qui la transformerait en compresse chaude.

Si les compresses doivent être *chaudes*, faire comme précédemment, en ayant soin de porter la solution à 38° ou 40° à l'aide du bain marie, et les maintenir sur l'œil au moyen de taffetas gommé et d'un bandeau. Pour la nuit on remplacera les compresses chaudes par un *bandeau* léger maintenant un tampon d'ouate hydrophile.

Pour éviter que les solutions employées excitent la peau des paupières et des régions voisines, on enduira celle-ci de *vaseline* ou de *glycérine neutre de Price*.

Si on doit employer la *glace* pour les compresses on mettra dans le bol de petits morceaux de glace concassés et on agira ensuite comme précédemment.

Si on veut maintenir sur l'œil en permanence de la glace, on se servira avec avantage de petits sacs en caoutchouc ou mieux de *condoms* en baudruches remplis d'eau contenant des fragments de glace. Ces appareils devront reposer sur une compresse mouillée.

2° *Collyres*. — Les collyres devront être tenus de préférence dans de petits flacons de 10 ou 20 grammes afin d'éviter qu'il n'en soit fait une trop grande provision et d'empêcher ainsi leur altération.

Les collyres employés dans la thérapeutique oculaire actuelle sont :

L'*ésérine*, l'*atropine*, la *pilocarpine*, la *duboisine* et la *cocaïne*, qui toutes renferment des mucédinées pullulant rapidement. On devra pour éviter cet inconvénient les préparer avec de l'eau bouillie et y ajouter 1 milligramme de sublimé.

Il est également important de mettre ces collyres dans des *bouteilles compte-gouttes*, bouchées à l'émeri que tous les pharmaciens vendent, et qui empêchent le contact de l'air avec le collyre.

On aura soin également autant que possible, chaque fois que l'on se servira d'un compte-gouttes, de le laver avec une solution chaude antiseptique.

Pour instiller un collyre on fera renverser en arrière la tête du malade, puis on laissera tomber la goutte soit dans le cul-de-sac inférieur, si le malade ouvre l'œil, soit dans l'angle interne s'il le ferme ; dans ce dernier cas, le collyre entrera également dans l'œil grâce aux mouvements que ne tardera pas à faire le patient en cherchant à ouvrir l'œil.

Certains collyres, tels que l'atropine, la duboisine et en général les *mydriatiques* sont *toxiques*. L'atropine, par exemple, détermine la sécheresse des muqueuses, les vertiges, bourdonnements d'oreilles, etc. En cas d'accidents sérieux on songera aux contre-poisons ; c'est ainsi que, dans les intoxications atropiniques, on fera des injections de morphine. Les myotiques, la pilocarpine, l'ésérine ne présentent pas d'aussi gros inconvénients. L'ésérine détermine cependant, dans certains cas, des *douleurs névralgiques* qui lui feront préférer la pilocarpine.

Les collyres en général sont toxiques pour la conjonctive, c'est-à-dire qu'ils déterminent facilement la *conjonctivite folliculaire*. Celle-ci sera combattue par des compresses et des lavages d'eau boriquée.

Les collyres s'emploient en solution à la dose de 10 centigrammes pour 10 grammes d'eau pour les mydriatiques, et de 5 centigrammes seulement pour 10 grammes pour les myotiques.

3° *Pommades*. — Les pommades peuvent être employées comme *collyres*, comme *irritants* ou comme *topiques*.

Comme *collyres*, mélangés à de la vaseline aux mêmes doses que les collyres aqueux.

Comme *irritants*, sous forme de pommade au *bioxyde d'hydrargyre* le plus ordinairement à la dose de 1 gramme ou 50 centigrammes de matière active pour 10 grammes de vaseline.

---

effrayants, des scènes tragiques, des tableaux hideux nous assiègent aussitôt et nous remplissent de terreur (1).

Dans l'irritation du canal intestinal causée par la présence des vers chez les enfants ou par le travail de la dentition, les rêves sont accompagnés de tremblements convulsifs et d'un effroi spasmodique, de cette terreur nocturne dont quelques médecins ont voulu faire une affection spinale.

Moreau, de la Sarthe, relate l'histoire d'une personne qui, pendant une névrose gastrique, ne pouvait s'endormir quelques instants sans être exposée à rêver qu'elle avait dans l'estomac un jambon ou tout autre aliment indigeste dont elle croyait sentir le poids et qui lui faisait éprouver les angoisses d'une indigestion.

Dans les *pulsations abdominales idiopathiques*, le sommeil des malades finit à la longue par être hanté de rêves morbides accablants dont ils s'affligent outre mesure (2).

Une excitation morbide directe ou réflexe des organes de la reproduction provoque des rêves érotiques, et partant des pollutions. Un vieillard avait constamment de ces rêves, suivis de pertes qui le fatiguaient énormément toutes les fois qu'un rhumatisme chronique se portait sur la membrane fibreuse des testicules.

J'ai vu une fois, chez un sujet atteint d'un rhumatisme articulaire, les rêves morbides se prolonger dans l'état de veille. Le patient était alors comme égaré, et cet égarement persistait une demi-heure environ (1).

Dans les paralysies nerveuses ou dynamiques (réflexes), les malades rêvent quelquefois que l'organe ou le membre paralysé jouit de la plénitude de ses fonctions. Ce phénomène se remarque surtout chez les amaurotiques hystériques. Ces rêves sont loin d'être pénibles, il est vrai, mais c'est un réveil que les patients éprouvent les plus cruelles désillusions (2).

(1) Macario. *De l'embarras gastrique*. In : ABEILLE MÉDICALE, 1852.

(2) Macario. *Des pulsations abdominales idiopatiques*, mémoire présenté à l'Académie de médecine, et suivi d'un Rapport par Vigla. In. GAZ. MÉD. DE PARIS, 1877.

(1) Macario. *Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale*, ouvrage couronné par l'Académie des sciences du Gard, dans sa séance du 24 juin 1865 (1er prix). In : GAZ. MÉD. DE PARIS, 1867.

(2) Macario. *Des paralysies dynamiques ou nerveuses*, ouvrage couronné par l'Académie des sciences de Montpellier, 1857. — *De la paralysie hystérique*. In : ANN. MÉDICO-PSYCHOL., 1857.

On aura soin de ne pas prescrire en même temps que cette pommade de l'*iode* à l'intérieur, celui-ci étant susceptible de produire dans les culs-de-sacs du *biodure de mercure*, produit toxique et corrosif.

Comme *topiques* ou antiseptiques on emploiera de préférence les *pommades phéniquée, boriquée*, à l'*iodoforme*, à la dose de 1 gramme de substance pour 10 grammes d'excipient.

Pour appliquer la pommade on écarte les paupières de l'œil malade avec le pouce et l'index de la main gauche et on introduit entre elles un pinceau chargé de la matière médicamenteuse sans craindre de blesser l'œil; on abandonne les paupières à elles-mêmes qui spontanément expriment le pinceau et gardent la pommade à l'intérieur de l'œil.

Nous en aurions fini avec les principes généraux de thérapeutique oculaire, s'il ne nous restait quelques mots à dire sur la façon d'appliquer un pansement sur l'œil.

Je vous proposerai le suivant comme le meilleur et en même temps le plus pratique, tant au point de vue du malade auquel il ne cause pas de douleurs qu'au point de vue de l'antisepsie qu'il maintient rigoureuse. Ce pansement devra être appliqué dans tous les cas de pertes de substance, traumatisme, ulcération, plaies, opérations, etc... Il se compose :

1° D'une *rondelle de lint boraté* trempée dans une solution antiseptique ;

2° D'un *morceau de gutta-percha laminé* ou de *taffetas gommé* dépassant la rondelle ;

3° D'un tampon d'*ouate hydrophile* ou boriquée ;

4° D'une *bande de flanelle* ou mieux de tarlatane mouillée, ou mieux encore de tricot.

On peut aussi se servir du *bandage* appelé en Angleterre bandage de *Morfield* et employé à Morfield's hospital. Il se compose d'un morceau de toile rectangulaire aux quatre angles duquel s'accrochent des rubans se joignant deux par deux derrière les oreilles, puis allant s'attacher derrière la tête. Ce bandage est appliqué directement sur les 2 yeux dont il n'est séparé que par les pièces à pansement indiquées plus haut.

Pour assurer l'antisepsie de l'œil nous employons plusieurs solutions, en lavages, compresses et pansements, dont les principales sont :

La solution d'*acide borique* à 4 p. 100, la solution de *sublimé* à 1 p. 2,000.

Ces solutions ne causent aucune douleur au patient et sont aussi antiseptiques que possible.

En terminant je dirai quelques mots de l'*anesthésie* locale qu'a découverte en 1884 Kohler de Vienne, et sans laquelle il n'est permis actuellement de tenter aucune opération si bénigne qu'elle soit sur l'œil. Les solutions de *cocaïne* employées doivent l'être à la dose de 50 centigrammes pour 10 grammes. On incorporera à la solution 1 milligramme de sublimé pour empêcher le développement des mucédinées. On se rappellera que pour produire l'anesthésie, la cocaïne doit être instillée directement sur la cornée, sur laquelle elle agira particulièrement. Son action sera moins marquée sur le reste du globe, elle sera presque nulle sur la conjonctive et les paupières, qu'elle servira simplement à relâcher. Elle paraît avoir été dans certains cas un toxique; l'éther est jusqu'ici le seul contre-poison connu.

On devra également ne pas oublier que la *cocaïne desquame la cornée, dilate la pupille* et produit en certains cas une *hypotonie considérable*, inconvénients de peu d'importance à côté des avantages qu'elle procure.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PARALYSIE FACIALE D'ORIGINE PÉTREUSE, REMONTANT A LA PREMIÈRE ENFANCE, par G. Variot.

X..., âgé de trente-six ans, est un vagabond alcoolique que nous avons observé à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris. La paralysie faciale dont il est atteint, déterminant une difformité considérable du visage, n'est peut-être pas étrangère à sa déchéance sociale.

D'après ses premiers souvenirs, il aurait eu, étant fort jeune, un écoulement de l'oreille droite qui aurait été consécutif à l'introduction d'un corps étranger dans le conduit auditif. Depuis cette époque, il aurait perdu l'ouïe du côté droit et il aurait toujours eu la figure de travers.

Nous remarquons, au-dessous de l'oreille droite, une cicatrice déprimée correspondant manifestement à une suppuration ganglionnaire de cette région. Cet homme est blond, présente la peau fine et rosée des scrofuleux; néanmoins, il se dit très bien portant actuellement.

Dans la colique nerveuse, j'ai observé cinq fois que le sommeil qui survenait dans les intervalles des crises était troublé par des rêves morbides (1).

La pneumonie et la pleurésie aiguës ou chroniques, les névroses partielles de l'abdomen, les phlegmasies chroniques, etc., sont presque constamment accompagnées de rêves morbides qui, dans certains cas, se montrent surtout dans le premier sommeil, ce qui est d'un fâcheux augure, suivant Morean, de la Sarthe.

Dans ma longue carrière médicale, j'ai eu occasion de traiter un très grand nombre de pneumonies et de pleurésies, et j'ai observé que le sommeil des patients est souvent agité par des rêves angoissants ou des rêvasseries continuelles très fatigantes (2).

On a remarqué que les songes qui compliquent les maladies du cœur et des gros vaisseaux sont très courts et promptement suivis d'un réveil en sursaut, et il s'y mêle souvent la crainte d'une mort prochaine avec des circonstances tragiques.

Chez les chlorotiques, les rêves, comme le dit Rouget dans son *Traité de physiologie*, se rapportent particulièrement au sens de l'ouïe. Dans leur sommeil, ces malades se croient ordinairement à la campagne; ils entendent le doux murmure de l'onde, le bruit du vent à travers le feuillage. Si c'est en ville, ce sont des chants harmonieux, de douces mélodies, de brillants concerts, et sur un thème uniforme; leur imagination compose d'innombrables variations dont l'origine, plus ou moins facile à retrouver, est toujours ce son entendu pendant le silence de la nuit, c'est-à-dire le souffle, le murmure musical, le chant des tourterelles, le bruit de diable produit par la circulation du sang chlorotique dans les artères cérébrales. C'est là ce bruit qui, sans l'intermédiaire des parties extérieures de l'organe de l'ouïe, est perçu par la région de l'encéphale qui préside aux sensations auditives.

Que la maladie qui entretient le sang dans les conditions favorables à la production des bruits musicaux dans les artères soit guérie, aussitôt les rêves changent de nature et ne présentent plus

(1) Macario. *De la colique nerveuse.* In : Gaz. méd. de Lyon, 1856.

(2) Macario. *De la pneumonie chez les paysans. — Fragments d'essai de clinique rurale ou des maladies des paysans.* In : Annales médicales de la Flandre occidentale, années 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858.

Examen du visage au repos. — Vue de face, la figure de cet homme est absolument asymétrique; le visage semble entraîné en masse du côté gauche; il en résulte que le côté droit paraît plus large que le gauche.

Le sourcil droit (côté paralysé) est abaissé, d'où un agrandissement apparent de la région frontale de ce côté qui n'offre aucun pli, aucune ride.

A gauche (côté sain), les rides, les plis et particulièrement le pli sourcilier sont très prononcés.

L'œil droit est grand ouvert, la paupière inférieure est abaissée et légèrement renversée au dehors; la conjonctive palpébrale est apparente dans une étendue de deux millimètres environ.

La paupière supérieure est fortement relevée sous l'arcade orbitaire. Il résule de cet écartement palpébral anormal que non seulement la cornée, mais une partie de la sclérotique sont à découvert, ce qui donne à la physionomie du côté droit une expression de colère et de menace.

Au contraire, à gauche, les paupières sont dans leurs rapports ordinaires avec le globe de l'œil. Aussi l'œil gauche ne semble qu'entr'ouvert, relativement à l'œil droit. L'expression du regard de ce côté, est douce et insignifiante, contraste frappant avec le côté droit.

L'extrémité du nez est un peu déviée à gauche. Les deux narines sont très inégales comme forme et comme dimensions. L'aile du nez, à droite, est affaissée contre la cloison et l'ouverture de la narine de ce côté est arrondie et de moitié plus petite que l'ouverture de la narine gauche qui est elliptique.

Les deux petites colonnes labiales sous-nasales sont obliques à gauche et en bas.

La commissure labiale droite est plus abaissée que la gauche; la fente interlabiale est oblique en bas et à droite.

La joue droite est boursouflée et semble écartée des arcades dentaires par un bol alimentaire ou même par une chique.

Examen des mouvements de la face. — Dans les mouvements compliqués des muscles faciaux qui caractérisent le rire, l'inertie absolue du côté droit de la face, tandis que le côté gauche est animé de ses mouvements accoutumés, détermine une expression de la physionomie à la fois bizarre et choquante.

L'immobilité d'une moitié du sphincter buccal ne permet que très incomplètement l'acte de siffler et d'envoyer un baiser. La moitié gauche du sphincter buccal se contractant seule, il se produit une contorsion hideuse de la bouche.

Lorsque le malade ferme les yeux volontairement, l'œil gauche se ferme complètement. L'œil droit reste entr'ouvert, les deux paupières droites sont séparées par un intervalle d'environ un centimètre dans lequel on aperçoit la sclérotique. En analysant les conditions de l'occlusion incomplète de l'œil droit, on remarque que la paupière inférieure n'y prend aucune part : la paupière supérieure seule s'abaisse; mais cet abaissement est en quelque sorte passif et est dû au relâchement du muscle releveur de la paupière supérieure qui cesse de se contracter. En même temps que la paupière supérieure retombe ainsi comme un voile inerte, on voit la cornée entraînée derrière elle par un mouvement énergique de contraction du muscle droit supérieur.

La pointe de la langue tirée hors de la bouche est à peine déviée de la ligne médiane; la déviation s'accentue un peu si la pointe est relevée vers le nez.

La luette est légèrement déjetée à gauche. Au repos, les deux arcades limitées par les piliers antérieurs du voile du palais sont inégales. L'arcade droite est un peu plus large et plus basse que la gauche. Dans les mouvements de déglutition, cette inégalité s'efface complètement. Du reste, aucun trouble de la déglutition, de la mastication ni de la phonation.

La paralysie complète *du muscle peaussier* du côté droit mérite une mention particulière.

La constatation est des plus faciles et des plus évidentes sur ce sujet, qui est un peu amaigri. Quand on lui commande de contracter ce muscle, ou plutôt quand on lui dit d'imiter le mouvement de contraction du peaussier, on voit une corde très manifeste se dessiner dans la région sous-hyoïdienne gauche et on aperçoit sous la peau du cou les autres reliefs de ce muscle contracté.

Du côté droit, inertie absolue de ce muscle qui semble avoir disparu, aussi bien dans la région sous-hyoïdienne que dans la région cervicale (1).

L'électrisation faradique prouve également que le peaussier du cou, à droite, a disparu par atrophie probablement, de même que les autres muscles faciaux de ce côté qui, tous, sont absolument inexcitables.

J'ai à peine besoin d'ajouter que les muscles du côté sain répondent bien aux courants faradiques.

Organes des sens. — *Sensibilité.* — Le globe oculaire droit, bien que très incomplètement protégé par les paupières, n'a pas souffert. Bien plus, le léger degré d'ectropion de la paupière inférieure ne s'accompagne pas de conjonctivite.

L'état de la cornée, des autres milieux transparents, de la rétine est satisfaisant. La vision est égale du côté droit et du côté gauche.

(1) L'atrophie et la disparition complète du peaussier est assez difficile à expliquer, étant donnée l'innervation mixte de ce muscle qui emprunte plus de rameaux au plexus cervical qu'au nerf facial.

---

ce caractère spécial qu'ils empruntent à leur cause particulière (1).

De tout ce qui vient d'être dit, on peut donc conclure que certaines affections graves sont souvent précédées, annoncées quelquefois longtemps d'avance par des rêves, et que toutes les maladies sans exception sont presque constamment accompagnées de songes morbides qui, dans l'un et l'autre cas, ont toujours des rapports plus ou moins directs ou réflexes avec l'organe lésé qui les occasionne.

Les rêves morbides, considérés sous ce point de vue, acquièrent, comme on ne saurait trop le répéter, un haut intérêt en séméiotique, et les médecins feraient chose utile en se livrant à une étude aussi féconde.

Dr Macario (de Nice).

(1) Macario. *De la chlorose dans les deux sexes.* In : Annales méd. de la France occidentale, 1858.

Prix de la Société d'hygiène de l'enfance.

Des récompenses honorifiques consistant en une médaille d'argent, 1er *prix*; en une médaille de bronze, 2e *prix*; et une mention honorable, 3e *prix*; seront décernées en 1889, par la Société d'Hygiène de l'Enfance, aux meilleurs travaux répondant à l'une des questions ci-dessous :

« 1° Du lait des différents animaux au point de vue de l'allaitement.

« 2° La contagion à l'école.

3° Monographie au point de vue de l'hygiène d'une industrie employant des enfants. »

Les candidats devront déposer sans se faire connaître leur mémoire écrit en français, ou accompagné d'une traduction française, avant le 1er mai.

Les mémoires devront être originaux et ne pas avoir été déjà publiés; ils seront désignés par une épigraphe répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Adresser les mémoires à M. le président de la Société, 207, rue Saint-Antoine, ou à M. le D. Félix Brémond, secrétaire général, 13 rue Condorcet.

Le seul trouble fonctionnel accusé par le malade est un peu d'épiphora, et encore ce phénomène serait survenu récemment.

Examen objectif de l'appareil auditif par M. le Dr Chatellier.

Oreille droite. — La membrane du tympan et les osselets ont disparu. Au fond du conduit, dont la profondeur est exagérée, on aperçoit une cavité spacieuse limitée en dedans par une surface concave, recouverte d'une couche fibreuse cicatricielle formée par le rocher. On ne voit aucune trace de la saillie du promontoire qui, comme on le sait, correspond au premier tour de spire du limaçon, ni des fenêtres ronde et ovale. Il est évident que le limaçon est détruit, au moins dans les parties accessibles à la vue.

Examen fonctionnel pour l'oreille droite. — Surdité totale pour la perception aérienne ; la montre, le langage à haute voix et le diapason ne sont pas entendus.

La montre et le diapason appliqués sur l'apophyse mastoïde ne sont pas non plus entendus.

Le diapason vertex est entendu *exclusivement* dans l'oreille gauche.

Cet examen de la faculté auditive permet de conclure à une abolition totale des fonctions de l'appareil de perception du son à droite. En le rapprochant des signes fournis par l'examen objectif, absence du promontoire, on peut conclure à la destruction complète du labyrinthe. Il est fort probable que cet organe a été éliminé à la suite de l'otite moyenne suppurée dont a souffert le malade pendant son jeune âge. En effet, il rapporte à une période très éloignée la perte de l'ouïe dans l'oreille droite.

D'autre part, il est rationnel de penser que ces lésions ont été accompagnées d'autres lésions du rocher, s'étendant jusqu'au canal facial, car la paralysie faciale qui persiste encore aujourd'hui remonte à la même époque.

En résumé, nous pensons que le malade a eu dans le jeune âge une otite moyenne suppurée qui a amené des lésions profondes du rocher, s'étendant jusqu'au labyrinthe et au canal de Fallope, et, par suite, au nerf facial.

L'exploration de la sensibilité gustative ne nous a pas donné de résultats bien nets.

Aucun trouble de sensibilité générale dans la sphère du trijumeau, ni aucun trouble trophique.

Cette paralysie faciale se rattache évidemment à une lésion ou fracture du rocher remontant à la première enfance. L'examen de l'oreille démontre que les organes de l'oreille interne sont détruits. Rien d'étonnant à ce que le nerf facial ait été lui-même sectionné dans son trajet intra-pétreux. Le fait est assez ordinaire dans les caries du rocher.

Le principal intérêt de cette observation nous paraît résider dans *l'ancienneté* de la paralysie.

Nous avons vu, alors que nous avions l'honneur d'être le chef de clinique de M. le professeur Grancher aux Enfants-Malades, un enfant de trois ans atteint d'une paralysie complète du facial dans le cours d'une carie du rocher. Mais cet enfant, qui a fait l'objet d'une leçon clinique de M. Grancher, a succombé à des accidents méningitiques. L'autopsie en a été faite par M. le Dr Hermel qui a trouvé le rocher ramolli, détruit en grande partie par un travail de nécrose et de suppuration, et le nerf facial, dans l'aqueduc de Fallope, ne put être retrouvé même à l'état de vestige, dans une étendue de plus de 1 centimètre.

Cette année nous avons observé à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Legroux, que nous avons remplacé pendant les vacances, une petite fille de quatre ans, présentant une maladie du même genre avec carie du rocher et écoulement fétide de l'oreille.

Les muscles du côté paralysé chez cette enfant étaient complètement inexcitables par les courants faradiques. Elle a succombé dans le moment même où nous voulions compléter son observation par l'examen objectif de l'oreille.

La carie du rocher, outre qu'elle est une lésion des plus graves par elle-même, survient chez des enfants scrofulo-tuberculeux qui, tôt ou tard, sont atteints d'autres manifestations tuberculeuses viscérales ou osseuses, et la survie des enfants atteints de paralysie pétreuse n'est pas des plus communes.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

(Suite. Voir 1888, n° 52.)

VIII ET IX. SYPHILIS DES FOSSES NASALES. — X. LA SYPHILIS TERTIAIRE DANS L'ARRIÈRE-GORGE. — XI. ANGINE SYPHILITIQUE SECONDAIRE A FORME DIPHTHÉROÏDE.

VIII et IX. M. le Dr E.-J. Moure, sous le titre : *Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales* (1), vient de publier deux observations intéressantes. Dans la première, il s'agit d'un chancre induré survenu en dedans de l'aile droite du nez, chez un homme de 54 ans. La voix était nasonnée, la narine correspondante peu perméable. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés à droite. Ce néoplasme ne ressemblait point à une manifestation tertiaire de la syphilis, mais faisait plutôt songer à une tumeur maligne de la fosse nasale, tant par sa localisation, son aspect bourgeonnant, que par sa vascularisation et la facilité avec laquelle se produisaient les épistaxis. M. Moure laissa son diagnostic en suspens. Mais le facies anémié du malade, un je ne sais quoi dans son aspect, lui firent craindre une syphilis antérieure, et il prescrivit le traitement mixte (sirop de Gibert). Le traitement local consista en injections avec une solution de résorcine. Huit jours plus tard, c'est-à-dire deux mois et quelques jours après le début de l'accident nasal, le malade était couvert d'une poussée de papules cuivrées, presque confluentes sur le front et nombreuses sur le reste du corps, éruption attribuée au sirop, auquel on imputait encore et de la lassitude et de la lourdeur de tête. Du côté de la gorge existait également, sur les piliers antérieurs et sur la luette, une série de plaques muqueuses opalines typiques, sur la nature desquelles le doute n'était pas permis. On remplaça alors le sirop par des pilules de protoiodure, et l'on prescrivit pour le chancre des lavages et des insufflations d'iodol et d'iodoforme, et pour la gorge un gargarisme iodo-ioduré.

Quinze jours après, la saillie de la fosse nasale commençait à diminuer, et un an après, la cloison reprenait son aspect normal.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une gomme syphilitique développée à la face interne de l'aile du nez, chez une femme de 28 ans. Depuis 2 mois, elle éprouvait des élancements dans le côté gauche de la tête et avait un peu de gonflement de l'aile du nez du côté gauche. Elle fut soumise à un traitement ioduré. Les symptômes ne diminuèrent pas, la malade cessa son traitement; le gonflement augmenta et bientôt apparut sur la face interne de l'aile du nez une tumeur qui obstruait à peu près complètement la narine. A ce moment, commença un écoulement séro-purulent, sanieux quand la

(1) Brochure in-8°. Paris 1888, O. Doin, éditeur et REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE.

malade essayait de se moucher. Les douleurs de tête redoublèrent, l'œil gauche larmoyait de temps à autre. M. Moure constate que la respiration est impossible par la narine gauche. Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur; en écartant légèrement l'aile du nez, on aperçoit une saillie rougeâtre, fongueuse à sa surface. Sur la face supéro-interne, existe une ulcération grisâtre, à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. La tumeur a le volume d'une noisette. Sa consistance est dure, rénitente; elle saigne facilement aux moindres attouchements avec le porte-ouate garni. Pas d'engorgement ganglionnaire spécial. Malgré le siège insolite de la lésion et l'absence d'antécédents diathésiques nets, M. Moure prescrit un sirop bi-ioduré (formule de Gibert modifiée) et des lavages à l'eau boriquée. Cinq jours après, la névralgie faciale et la tension douloureuse de la face avaient disparu. L'ulcération se déterge, le gonflement est moins considérable. Le 9e jour, la tumeur a presque totalement disparu, mais la sécrétion muco-purulente persiste; il existe un séquestre qui ne fut détaché que huit jours plus tard.

Le 20e jour, la malade put être considérée comme guérie.

X. — Les lésions que produit la syphilis tertiaire dans l'arrière-gorge sont de deux sortes : ou bien des syphilides tuberculo-ulcéreuses ou bien des néoplasies gommeuses, les unes diffuses, les autres limitées. Ces lésions aboutissent le plus souvent à l'ulcération et à la perforation des tissus. Apparaissant généralement vers la quatrième ou la cinquième année de la diathèse, elles peuvent cependant se montrer exceptionnellement à la fin de la première ou de la seconde année de l'infection. On a alors affaire à des syphilis malignes précoces.

La syphilis héréditaire présente aussi des localisations à l'arrière-gorge et alors se pose le diagnostic différentiel avec la scrofulo-tuberculose. Dans les cas douteux, M. Aristide Viard (1) renverserait volontiers la formule de M. Ricord et dirait : « Scrofule possible, syphilis probable. »

Les causes prédisposantes de ces localisations sont mal connues. Si on peut faire intervenir, en dehors de l'idiosyncrasie, les causes d'irritation locale qui sont comme autant de causes d'appel de la maladie, on doit invoquer aussi, comme partout, les facteurs généraux de la gravité de la syphilis à savoir l'alcoolisme, l'âge, les misères, l'exotisme, et, par-dessus tout l'absence ou l'insuffisance du traitement.

Ces lésions, quand on intervient, guérissent le plus souvent. Elles peuvent toutefois s'accompagner de délabrements tels qu'il en résulte des cicatrices vicieuses, des déformations ou des perforations gênant plus ou moins le fonctionnement du pharyn.

XI. — M. J. Hauttement, ayant observé deux cas d'angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde dans le service du professeur Fournier, en a fait l'objet de sa thèse inaugurale (1).

L'aspect particulier de cette forme d'angine syphilitique tient à la présence d'une fausse membrane semblable à la fausse membrane diphthétirique et possédant une structure absolument analogue. Elle débuterait à la suite d'un refroidissement. Le diagnostic parfois très difficile, se base bien moins sur les symptômes locaux et les caractères de la lésion gutturale que sur les anamnestiques, les phénomènes concomitants et la marche de la maladie.

(1) Thèse de Paris.
(1) Paris, 1888.

Dans le traitement, outre l'emploi judicieux du mercure à l'intérieur, l'auteur conseille de recourir à quelques modificateurs locaux.

(*A suivre.*)

Dr Paul FABRE, de Commentry.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

A. AUVARD. TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE. — 3 vol. in-8° Lecrosnier. Paris, 1888.

Le docteur Auvard vient de faire paraître en trois volumes une série de mémoires très importants et touchant à presque tous les points de l'obstétrique. Son travail sur la couveuse, sa thèse sur le cranioclaste, un mémoire sur l'hypnotisme et la suggestion en obstétrique, fait en collaboration avec le docteur Secheyron, constituent avec une série d'observations et de notes cliniques, la matière du premier volume.

Ce que le docteur Auvard disait en 1883 de la couveuse est devenu classique depuis; nous n'y insisterons pas.

Sa thèse a eu le mérite de faire connaître en France un instrument utilement employé en Allemagne et en Angleterre pour la réduction du fœtus. Une modification heureuse du cranioclaste de Braun découla des expériences faites par l'auteur à la Maternité, modification qu'il se propose encore, croyons nous, de compléter actuellement.

Les conclusions du mémoire sur l'hypnotisme sont intéressantes à relever; elles montrent que l'hypnotisme provoqué ou spontané peut exister vraisemblablement sous toutes ses formes au moment de l'accouchement.

L'insensibilité peut en être la suite, mais d'une façon non constante. La contraction utérine tend incessamment à réveiller la femme qui, d'autre part, accepte difficilement d'être endormie. Au reste l'hypnotisme semble arrêter parfois le travail et, si pendant la période de dilatation on peut l'employer, à la période d'expulsion, le chloroforme et les anesthésiques vrais devront lui être incontestablement préférés. Chez certaines femmes impressionnables la suggestion à l'état de veille pourra rendre de réels services.

Signalons encore dans ce volume une observation d'ostéomalacie (article III), une autre d'embryotomie avec son cranioclaste (article XII), un fait de torticolis congénital (article XXIV), deux cas intéressants de montée du lait dans des restes de seins après opération chirurgicale, (article XXV).

Signalons aussi les articles VI, VII, XVII, XVIII relatifs au placenta; des considérations critiques ingénieuses sur la version mixte (article XI), sur la manière d'éviter la déchirure du périnée lors du dégagement de la tête (article XXI), sur l'utérus puerpéral (article XXIII), un chapitre d'antisepsie obstétricale et, enfin, une étude intéressante sur l'emploi du viburnum et de l'antipyrine dans l'art des accouchements.

Le second volume débute par un mémoire sur l'influence réciproque de la puerpéralité et de l'obésité dans lequel, appliquant les théories du professeur Bouchard, l'auteur montre que la grossesse et la lactation constituent de véritables états de nutrition ralentie et à ce titre favorisent le développement ou la production de l'obésité. Lorsque la femme n'allaite pas, l'état de régression utérine semblerait, d'après l'auteur agir dans le sens inverse.

Au point de vue de l'influence de l'obésité sur la puerpéra-

lité, le docteur Auvard distingue les obèses en deux catégories : 1° les femmes chez lesquelles les viscères et en particulier les viscères génitaux (ovaires, ntérus, mamelles) échappent à la snrcharge et à la transformation graisseuses; chez ces femmes la conception, la grossesse, la lactation s'effectuent dans les conditions normales, le développement exagéré du pannicule adipeux seulement constitue un obstacle mécanique; 2° il n'en est pas de même des femmes obèses *déchues*, chez lesquelles l'organisme en entier se trouve notablement affaibli. La menstruation, la conception, la gestation, l'accouchement, la régression et la lactation sont alors profondément troublés et les manifestations génitales parfois complètement éteintes.

Le mécanisme de la sortie des épaules (tête première) étndié par l'auteur l'amène à conclure que c'est l'épaule postérieure qui se dégage ordinairement la première, puis vient l'épaule antérieure, suivant le mode généralement admis. Si donc on est amené à faire le dégagement artificiel des épaules, c'est par la postérieure qu'il faudra débuter, pour agir ensuite et en cas d'insuccès sur l'épaule antérieure.

Le tamponnement intra-utérin ou mieux utéro-vaginal constitue un moyen hémostatique puissant contre les hémorrhagies *post partum*; pratiqué par Fritsch, puis par Duhrsen, par Fraipont, il fut complétement décrit dès octobre 1887 par Auvard, dans la *Gazette hebdomadaire* qui a fait ce procédé sien en en réglant le manuel opératoire et l'instrumentation. Après en avoir exposé la technique et les résultats appuyés sur 17 observations dont plusieurs personnelles, il termine par une étude clinique très judicieuse des hémorrhagies après l'accouchement, dont la lecture est à recommander.

Le mémoire le plus important du deuxième volume comprend l'analyse de 130 observations recueillies à l'hôpital de la Charité; des faits intéressants au point de vue de la rupture des membranes, des hémorrhagies des membranes et des vaisseaux du chorion y sont rapportés; nn cas curieux de pseudopoche des eaux, de la délivrance, des considérations sur la torsion du cordon, son insertion placentaire, sur le placenta et la collerette placentaire y sont clairement exposés; une étude clinique sur les plaies vulvaires et la délivrance mixte clôt le mémoire et termine le volume.

Dans le troisième volume se trouve un mémoire sur l'extraction de la tête fœtale venant dernière.

L'obstacle qui retient la tête du fœtus après la sortie du tronc peut siéger au niveau des parties dures ou des parties molles. Si l'obstacle est pelvien et siége uniquement au niveau du diamètre promonto-pubien (seul cas envisagé par l'auteur), il faut fléchir la tête, en tournant la face en arrière, puis l'abaisser en faisant descendre successivement la bosse pariétale postérieure puis l'antérieure, faisant exécuter à l'extrémité céphalique un véritable mouvement de pompe. C'est là la manœuvre de Mauriceau, qu'on devra combiner avec l'expression utérine au travers de la paroi abdominale.

Si l'obstacle est utérin et siége au niveau du col trop serré, la manœuvre de Mauriceau, puis le forceps en cas d'insuccès, sont les deux méthodes à employer.

Si l'obstacle est périnéal, la manœuvre de Mauriceau et surtout le forceps sont les procédés de choix.

En résumé Auvard, comme son maître Budin (V. thèse Vaynbaum), est partisan du forceps pour l'extraction de la tête dernière et cela d'autant mieux que l'obstacle est plus inférieur et non osseux.

Le mémoire sur les présentations en général et celles du front et de l'abdomen en particulier débute par un rapprochement ingénieux entre les présentations de la tête (ovoïde céphalique), et celles du corps du fœtus (ovoïde cormique). L'anteur montre ensuite que la gravité du pronostic de l'accouchement va croissant suivant que l'ovoïde, soit céphalique, soit cormique, se présente par sa grosse extrémité, par la petite on par la partie intermédiaire. Lorsque le fœtus se présente par une des extrémités de l'un on l'autre des ovoïdes (sommet, face, siège, thorax), le mécanisme est identique, mais au contraire si c'est la partie intermédiaire qui vient première, le mécanisme devient tout différent et nullement comparable an précédent. Pour la présentation de l'abdomen l'accouchement qui s'exécute par ploiement du tronc paraît impossible si le fœtus est à terme. Dans l'accouchement par le front, c'est celni-ci qui sort premier, puis successivement apparaissent la partie postérieure et la région antérieure ou *vice versâ* par un véritable mouvement de reptation.

Le troisième mémoire, fondé sur l'observation de 100 femmes de la clinique, a trait à l'étude de l'obliquité de l'utérus gravide. Cette obliquité n'est pas, selon Auvard, secondaire, elle est causale par rapport à la situation de fœtns et se trouve d'ordinaire dépendante d'une inégalité du développement, d'un manque de symétrie de l'utérus : toutes circonstances qui peuvent avoir de l'influence sur la présentation de l'enfant.

Le Dr Auvard établit dans son dernier mémoire les rapports qui existent entre la menstruation et l'accouchement. Selon lui le temps écoulé entre la fin des dernières règles et l'accouchement varie de 275 à 282 jours. Pour ce qui est de l'intervalle entre le coït fécondant et l'accouchement, il serait ordinairement en moyenne de 275 jours, aussi bien chez les primipares que chez les multipares. Les autres conclusions relatives à l'apparition des mouvements du fœtus, au rapport de l'abaissement utérin et de l'accouchement, concordent avec les données classiques généralement admises.

Paul Berthod.

I. Cours de zoologie médicale destiné aux étudiants en médecine et en pharmacie, rédigé d'après les leçons de M. Louis Roule, maître des conférences à la Faculté des sciences de Toulouse, par M. Suis, licencié ès sciences naturelles, préparateur à l'École de médecine, édition revue par le professenr et précédée d'une préface de M. G. Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, avec quatre cent vingt figures dans le texte. — Toulouse Ed. Privat. Paris, librairie médicale de Berthier, 1 vol. in-8° 1889. Prix 7 francs.

Voilà depuis un an le troisième livre de zoologie médicale que nous présentons à nos lecteurs. Ce livre n'est pas inférieur aux précédents. Mais il a comme ceux-ci le désavantage d'entrer dans de trop minutieux détails sur la constitution des êtres inférieurs et de commencer par eux au lieu de débuter par l'homme. La méthode de M. Roule est plus logique, il passe du simple au composé; mais ne vaudrait-il pas mieux descendre du connu à l'inconnu? Le texte y gagnerait en clarté. Le but que s'est proposé l'auteur c'est d'indiquer les relations des êtres entre eux, afin de montrer l'enchaînement des groupes d'animaux et de laisser dans l'esprit une idée générale sur l'évolution du monde biologique, aussi bien pour satisfaire à l'esprit philosophique de la zoologie actuelle que pour permettre à la mémoire de mieux retenir les détails en les rattachant à un petit nombre de faits principaux découlant les nns des autres.

Le livre de MM. Ronle et Snis est aussi clair que possible; la clarté dn texte est augmentée par des images schématiques dues à M. Roule et qui sont très ingénieusement imaginées.

La classification des anteurs diffère de celle des ouvrages que nous avons déjà analysés. Ne devrait-on pas adopter une classification à peu près uniforme? Sans doute de notre temps la classification de Cuvier avait des défauts; mais elle était hien commode.

Dans nn appendice nos auteurs ont relégué, pour ne pas embarrasser le texte, les produits animaux employés en thérapeutique.

II. LES PARASITES DE L'HOMME (animaux et végétaux), par M. R. MONIER, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur à la Faculté de médecine de Lille, avac 72 figures intercalées dans le texte. — Paris J.-B. Baillière et fils, in-12° 1889 3 fr. 50.

Ce volume fait partie de la collection qui a pour titre *Bibliothèque scientifique contemporaine*, dont 50 volumes ont paru, et il n'est pas un des moins intéressants de la série.

Après les amis de l'homme, dont nous venons de parler dans l'analyse du livre de MM. Roule et Suis, voici que nous trouvons les ennemis de l'homme. Ils sont hien décrits, méthodiquement décrits. Tous nos lecteurs connaissent les ennemis dont il est ici question : douve, ténias, ascarides, acariens, diptères, teignes, pelade, muguet, actynomycose, etc., ils sont très scrupuleusement étudiés; un hon chapitre d'introduction traite de l'origine et des migrations des parasites.

Dr C. DELVAILLE.

BULLETIN

STATISTIQUE RELATIVE A LA MORTALITÉ INFANTILE PAR LA SYPHILIS. — LE BAIN FROID SYSTÉMATIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LES CADAVRES DES SUPPLICIÉS ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Les statistiques médicales ont du hon, mais à la condition d'être soumises à des régles sévères en dehors desquelles elles conduisent fatalement à l'erreur. L'une de ces règles consiste à ne grouper et à ne comparer entre elles que des unités absolument de même espèce; une autre, à ne pas généraliser les résultats observés dans un cercle spécial et limité. M. Le Pileur ne semble pas s'être conformé strictement à ces règles dans un travail, d'ailleurs fort intéressant, qu'il a communiqué à la SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS, sur *la Mortalité infantile par la syphilis à Saint-Lazare*. Après avoir relevé les chiffres de cette mortalité dans le milieu spécial de Saint-Lazare, il a voulu étendre les résnltats auxquels il est arrivé à la population parisienne tout entière, et, à cet effet, il a dû admettre comme *démontrées* les propositions suivantes :

« 1° La population de Saint-Lazare peut se comparer à celle de n'importe quelle ville, toutes les catégories sociales y étant représentées;

« 2° Le nombre des femmes enceintes ou récemment accouchées qu'on rencontre à Saint-Lazare est également comparable avec celui qu'on observe en ville;

« 3° Les conditions sociales des femmes emprisonnées étant extrêmement variées, l'influence que la syphilis exerce sur les produits de la conception devra être la même à la ville que dans cette prison. »

Cela admis, notre confrère, dont les recherches n'ont même porté que sur nn tiers de la population de Saint-Lazare, résont une simple règle de proportion et arrive, pour la population parisienne tout entière, aux conclusions suivantes :

« 1° Sur 100 femmes enceintes, 14 seraient syphilitiques.

« 2° Sur 100 enfants conçus par des mères syphilitiques, 7 au plus, en y comprenant les avortements et les morts-nés, survivraient au delà des premiers mois de l'existence; d'où il résulterait que, sur 64,637 naissances ou produits de conception que donne une année de la population parisienne, 9,031 proviendraient de mères syphilitiques; 8,418 de ceux-ci périraient dans l'utérus ou peu après leur naissance; 633 seulement dépasseraient les premiers mois de la vie extra-utérine,

« 3° Sur 100 enfants conçus à Paris, 13 périraient donc par le fait de la syphilis de leur mère, indépendamment de toutes les autres causes de mortalité. »

Nous devons dire de suite que M. Le Pileur est le premier à reconnaître que ce ne sont là que des chiffres approximatifs, aussi emploie-t-il le conditionnel dans ses conclusions. Malgré ces réserves, nous croyons devoir protester contre la méthode suivie par notre confrère. Il est peu de maladies qui aient donné lieu, autant que la syphils, à des recherches statistiques, sur lesquelles on a étayé des opinions, des théories, des doctrines. Si le rôle pathogénique qu'on lui a attribué ainsi dans une foule de processus et d'états morhides était définitivement démontré, elle dominerait de hien haut les plus grands fléaux de l'humanité, et le domaine de la pathologie tout entière serait le sien. Certes, on ne saurait méconnaître dans bien des cas ce rôle pathogénique, en particulier pour ce qui concerne la mortalité infantile; mais on a si fréquemment forcé la note, qu'il faut se méfier des chiffres et rejeter impitoyablement toute statistique incomplète, insuffisante, qui procéde par des approximations, des à peu près, et viole l'une des règles élémentaires rappelées plus haut.

— M. Jnhel-Rénoy a porté de nouveau devant la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX la question de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde. Dans un cas excessivement grave, et heureusement terminé, le traitement actif n'a pas duré moins de quarante-trois jours, et la malade, jeune fille de dix-huit ans, albuminurique depuis huit ans consécutivement à la scarlatine, a pris 177 bains dont la température a varié de 15 à 12 et même 10°. Si de pareils faits ne sont pas absolument démonstratifs, ils sont du moins encourageants pour le praticien qui voudrait expérimenter la méthode et, hien qu'on ne puisse en *principe* accepter aucun traitement systématique dans une maladie variable comme la fièvre typhoïde, il n'est pas illogique d'admettre que telle méthode convient mieux à la majorité des cas que tel autre; on doit dès lors l'expérimenter et chercher à préciser nettement ses indications et ses contre-indications. Que si l'on rencontre, dans les services hospitaliers, des difficultés d'exécution semblahles à celles dont a parlé M. Gérin Roze, il appartient à la Société médicale des hôpitaux de défendre auprès de l'administration et de faire triompher les intérêts de la science, qui se confondent ici avec ceux de l'humanité.

— On a fait grand bruit dans ces derniers jonrs, à propos d'une exécution récente, de la prétention de la Faculté de médecine de Paris à revendiquer les cadavres des suppliciés. Plusieurs organes de la presse extra-scientifique, se faisant volontiers l'écho d'un sentimentalisme irréfléchi, ont pris fait

et cause contre la Faculté que, pour peu, ils auraient accusée d'une curiosité absolument vaine et stérile. Pour ces personnes sensibles, le criminel devient sympathique, dés qu'il a payé sa dette à la société; sa dépouille mortelle est sacrée, nul n'a de droit sur elle; la dernière volonté du condamné qui en dispose doit être respectée.

Ce n'est pas dans un journal de médecine que nous avons à faire ressortir l'intérêt qu'il y a, pour l'anatomie et la physiologie, à pouvoir instituer des recherches sur le cadavre d'un homme sain, parfois vigoureux, immédiatement aprés son exécution, et pour l'anthropologie à étudier sur lui les dispositions organiques qui peuvent jusqu'à un certain point expliquer sa tendance au crime et permettre ainsi d'apprécier son degré de responsabilité. Il y a là de graves problémes qui attendent encore leur solution.

L'un de ces problémes répond même directement aux sentiments des personnes dont nous parlons. Si, en effet, elles sont pleines de commisération pour le cadavre du supplicié, elles ne sauraient se montrer moins compatissantes envers le condamné avant sa mort, et par conséquent elles doivent souhaiter pour lui le genre d'exécution le plus prompt et le moins doulourenx. Or quel est il? Que préférer entre la guillotine, la corde, ou la décharge d'une forte pile qui tend à prévaloir en Amérique? N'est-ce pas à l'expérimentation de décider?

D'un autre côté, si la Société, pour se protéger ou se défendre, a le droit de mettre à mort un homme, comment n'aurait-elle pas celui de disposer du cadavre de cet homme dans un but scientifique? Faire servir le cadavre du supplicié aux intérêts mêmes de la société à laquelle il avait déclaré haine et destruction, n'est-ce pas de bonne guerre, et ne devrait-on pas laisser les criminels se pénétrer de cette pensée, plutôt que de leur promettre une sorte d'obéissance à leurs dernières volontés? Les corps des malheureux qui succombent à l'hôpital et ne sont pas réclamés, sont-ils moins dignes de pitié et de respect que les corps des suppliciés?

A quelque point de vue que l'on se place, la Faculté est donc en droit de réclamer les cadavres des suppliciés, et les pouvoirs publics ont le devoir de les lui faire délivrer.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Officiers. — MM. les docteurs Féréol (Paris), Chipault (Orléans), Albert, Kriez-Base, Pernod, Robert, Chauvin (médecins militaires); Talairach (médecin de la marine).

Chevaliers. — MM. les docteurs Gueit-Dessus, Gasne, Hallopeau, Hénocque, Saint-Yves Menard, Monin, Ernest Hardy, Calmettes (de Paris); Fromen (d'Espalion); Duchâteau (de Bessines); Olivier (de Lille); Armaingaud (Bordeaux); Vedel (Lunel); Defrantaine (Gondrecourt); Bœuf, Bourat, Nicomède, Coquiard, Drago, Cazes, Bastian, Neis (médecins de la marine); Roch, Charroppin, Ferrandi, Baudouin, Bourgeois, Lachapelle, Donion, Landois, Belleau, Vaillard, Martin, Bequin, Daré, Toussaint, Courssières (médecins militaires)

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Broquère, Level, A.-L. Roussel, Bonnefoy, Pinet (de Paris); Boué (médecin de la marine); Duprey (de Rouen); Hallez (de Lille); Girard (de Grenoble); Villard (de Marseille); P. Cazeneuve (de Lyon); Dubreuil (de Montpellier); Bleynie (de Limoges); Dumas (de Thiers); Collardot (d'Alger); Hamant.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Billon, Boyé, Butte, Depasse, Durand-Fardel, Duroziez, Ernons, H. Gautier, Josias, Large, Larrivé, Love, Rigout, Rotillon, Savoye, Camus, Vauthier, R. Blanchard, Dubar (de Paris); Bernaudeaux (de Nantes); Buisson (d'Anherchicourt); Collin (de Saint-Honoré-les-Bains); Deschamps (de Riom); Duhousquet-Laborderie (de Saint-Ouen); Durand-Desmons (de Seine-et-Marne); Flons (de Noaillan); Gallois (de Rilly-la-Montagne); Gémy (d'Alger); Godard (de Mamers); Hauguel (de Lillebonne); Lalanne (de Captieux); Liégeois (de Bainville-aux-Saules); Loignon (de Talence); Lorimy (de Coulommiers); Mathieu (de Saint-Remy-en-Bouzemont); Mauriac (de Bordeaux); Picaut (de Salles-Mongiscard); Pernet (de Rambervillers); Pottier (de Vanves); Poulet (de Plancher-les-Mines); Rouquette (de Bône); Tichy (de Cette); Bottey (de Divonne); Puton (de Remiremont); Bergonié (de Bordeaux); Debierre (de Lille); Lenoël (d'Amiens); Didelot (de Lyon); Tédenat, Lannegrâce, Boinet (de Montpellier); Chaslin (de Bicêtre); Surre (de Saint-Cloud); Michel (de Chaumont); Biron (d'Argenteuil); Palenc (de Toulouse); Soller: Schindler (médecin militaire); M. Cazin, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Dédoublement des archives de physiologie. *Les Archives de physiologie normale et pathologique*, fondées il y a 20 ans par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, paraissent cette année sous la seule direction de M. Brown-Séquard, avec la collaboration de MM. Dastre et François-Franck.

Une nouvelle publication, parallèle à la précédente et la complétant, vient d'être fondée par M. Charcot, avec la collaboration de MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy; elle a pour titre : *Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique.* Une place importante, dans ce recueil, sera faite à la microbie et à l'anatomie pathologique « éclairée et commé vivifiée par l'observation clinique ».

—L'École du service de santé militaire. Le décret relatif à la création à Lyon d'une École du service de santé militaire a paru. Il comprend toutes les dispositions concernant l'institution de l'École, le mode et les conditions d'admission des éléves, le personnel, l'instruction, le régime intérieur, l'administration et la comptabilité de l'Ecole. Comme disposition transitoire, il porte que, pendant l'année scolaire 1888-89, l'Ecole recevra : 1° les éléves ayant concouru avec 4 ou 8 inscriptions et nommés éléves du service de santé militaire le 15 octobre 1888; 2° sur leur demande, les éléves pourvus actuellement de 8 à 11 inscriptions et nommés éléves en 1887.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le *Siglo medico* nous annonce la mort de Mariano Garcia Morales, praticien et éminent accoucheur de Madrid, où il a succombé le 26 décembre.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Linossier, agrégé, est chargé d'un cours de chimie minérale.

École de médecine d'Alger. — Le conseil supérieur de l'instruction publique vient d'approuver le projet de décret transformant l'école preparatoire en école de plein exercice.

École de médecine de Nantes. — M. le docteur Laënnec, profes-

seur de physiologie, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

École de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 3 juillet 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Tours.

Val de Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1888, ont été nommés près l'École du Val-de-Grâce :

Professeur agrégé de chirurgie d'armée (blessures de guerre). M. le médecin-major de première classe Moty.

Professeur agrégé des maladies et épidémies, M. le médecin-major de deuxième classe Antony.

Professeur agrégé d'hygiène et de médecine légale militaire, M. le médecin-major de deuxième classe Burlureaux.

— *Hospices de Genoble.* — Le lundi 20 mai 1889, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin-adjoint près les hospices de Grenoble.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations biiodo-mercuriques et techniques des pulvérisations, par le Dr Miquel, chef du service micrographique de l'Observatoire municipal de Montsouris, de Paris et par le Dr A. Rueff, médecin suppléant à l'hôpital Rothschild. — Un volume in-8° de 96 pages avec figures dans le texte. Prix, 3 fr. — Librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Die Krankheiten der nase und des Nasenrachenraumes, nebst einer Abhandlung über Elektrolyse für specialisten, chirurgen und praktische Aerzte von Dr Rodolph Voltolini, professor an der Königlichen Universität zu Breslau. — Un volume in-8° de 450 pages avec 48 abbildungen im Text und 3 Tafeln in Farbendruck, Preis 16,00 Mk. — Verlag von E. Morgenstern à Breslau.

Bibliothèque anthropologique. — *L'Évolution du mariage et de la femme*, par Ch. Letourneau, secrétaire général de la Société d'anthropologie, professeur à l'École d'anthropologie. — *L'Évolution de la propriété*, par le même. — 2 volumes grand in 8°. — Paris, Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'École de médecine.

Cours de zoologie médicale, destiné aux étudiants en médecine et en pharmacie, rédigé d'après les leçons de M. Louis Roule, maître de conférences à la Faculté des sciences de Toulouse, professeur suppléant à l'École de médecine; par M. A. Suis, licencié ès sciences naturelles, préparateur à l'École de médecine, Édition revue par le professeur et précédée d'une préface de M. G. Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse. — Ouvrage complet, 1 beau volume in-8°, avec 420 figures dans le texte. — Prix : 7 francs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES, (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.)

CHIRURGIE PRATIQUE

III. — Contribution au perfectionnement de la taille hypogastrique, par M. Galvani, chirurgien de l'hôpital d'Athènes.

Les perfectionnements successifs apportés, dans ces dernières années, dans l'exécution de la taille hypogastrique, associés à la méthode antiseptique, tont en atténnant considérablement sa gravité comme acte opératoire, augmentent de jour en jour ses indications; celles-ci, loin de se limiter, comme jadis, exclusivement à l'extraction des calculs volumineux devenant impraticable par la voie périnéale, s'appliquent aujourd'hui, grâce à son innocnité relative, non seulement à l'extraction des calculs de tout calibre, et comme procédé de choix pour la destruction ou l'extraction des néoplasmes de la vessie, mais aussi pour le rétablissement des voies nrinaires entravées par des rétrécissements plus ou moins infranchissables et plus ou moins rebelles aux moyens de traitement mis en usage jusqu'ici. Pour rendre ce procédé de plus en plus inoffensif et élargir le cercle de ses indications, il nous semble que, loin de le systématiser par l'uniformité de son exécution pour tous les cas très disparates entre eux dans lesquels nous pourrions être appelés à l'employer, tels par exemple que l'extraction d'un calcul d'un calibre volumineux ou d'un calcul d'un calibre moyen, ou l'extraction d'un néoplasme de la vessie, etc., nous ferions beaucoup mieux de chercher à le modifier de façon à l'adapter à chaque cas particulier, tout en gardant les dispositions fondamentales auxquelles nous devons surtout les principaux avantages du procédé.

Diviser la paroi abdominale aussi régulièrement que possible en évitant les déchirures, qui préparent les infiltrations, restreindre la solution de continuité du réservoir urinaire dans les plus étroites limites, conformément au cas qu'on a en vue, diriger le traitement de façon à rendre les suites opératoires aussi simples et la guérison aussi rapide que possible, telle est la ligne de conduite que nous nous sommes efforcé de suivre dans quelques cas de taille sus-pubienne que nous avons eu l'occasion de pratiquer, dans ces derniers temps, et que nous essaierons de résumer ici.

Les précautions antiseptiques prises et le bassin du malade maintenu soulevé par un coussin résistant, le ballon une fois mis en place et rempli, nous poussons dans le réservoir vésical la solution boriquée en prenant les plus grandes précautions, sans dépasser 160 *grammes*. Dans le cas ou l'uréthre ne donne pas accès à une sonde (rétrécissement infranchissable), nous engageons le malade à retenir ses urines le plus longtemps possible avant l'opération, après quoi la sonde est confiée à un aide, qui est chargé de maintenir son orifice bouché au moyen du doigt et de ne pas trop l'abaisser. Nous nous sommes toujours abstenu de ligaturer la verge, manière d'agir violente qui n'est pas exempte d'inconvénients. Si la vessie, trop irritable.

FEUILLETON

RAPPORT GÉNÉRAL

A M. LE MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

SUR LE SERVICE MÉDICAL

DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE.

Pendant l'année 1886, fait au nom de la commission permanente des eaux minérales de l'Académie de médecine, par M. Albert Robin.

Monsieur le Ministre,

L'Académie de médecine a l'honneur de vous transmettre son rapport annuel sur les eaux minérales pendant l'année 1886.

Cette saison a été fructueuse pour la plupart de nos grands établissements thermaux ; elle a fourni quelques travaux dont vous pourrez, dans un instant, juger toute la valeur ; et si l'Académie n'envisageait que le côté superficiel des choses, elle se déclarerait pleinement satisfaite des résultats de l'exercice.

Mais elle croirait manquer à ses devoirs envers le pays dont les eaux minérales constituent l'une des plus sûres richesses, si elle ne vous signalait pas, à côté des progrès réalisés, les défectuosités auxquelles il importe de remédier et les lacunes à combler pour maintenir nos stations balnéaires au rang qu'elles ont su conquérir, et leur assurer la faveur toujours croissante de la clientèle des deux mondes.

Jadis, il était habituel d'entendre dire que les stations françaises péchaient par la pénurie des installations et l'absence de confortable ; on vantait, au contraire, les stations étrangères rivales, mieux aménagées, disait-on, et mieux administrées. Aujourd'hui, le reproche a moins de raison d'être ; de réels progrès ont été accomplis ; de toutes parts, on a fait des sacrifices pour aménager confortablement et même luxueusement plusieurs de nos stations thermales, et l'on peut compter maintenant le nombre de celles qui ne sont pas entrées dans la voie des améliorations. Aussi nos établissements peuvent-ils déjà rivaliser avec ceux du reste de l'Europe, et quelques-uns d'entre eux sont-ils classés tout à fait hors de pair.

Pour conserver les positions acquises et gagner du terrain dans les stations encore nombreuses où nous ne sommes pas au premier rang, deux conditions principales sont nécessaires.

repousse nne partie du liquide injecté, qui regorge alors entre les parois de l'urèthre et celles de la sonde, nous en réinjectons une partie an conrs de l'opération.

L'incision de la paroi abdominale, dont l'étendue dépasse rarement 6 à 7 centimètres, est pratiquée autant que possible snr la ligne médiane et son bont inférieur se distance à peine de 0m005 dn rebord pubien.

La pean divisée, ainsi que les fibres dn muscle pyramidal s'il se rencontre, ce qui est loin d'être rare, nons allons à la recherche de l'interstice des muscles droits, après avoir divisé leur gaîne propre; l'interstice trouvé, leurs bords, séparés au moyen de la sonde cannelée, sont fortement écartés par des crochets monsses qui sont confiés à deux aides. Cet écartement des muscles droits fait apparaître la surface polie du *fascia transversalis*. Au moyen d'une pince à griffes, nous soulevons un petit pli au milieu de la plaie et au-dessous de ce pli nons déchirons le *fascia* et le tissu cellulaire prévésical sans insister ponr constater *de visu* la paroi vésicale, au moyen de la sonde cannelée, jusqu'à ce que le doigt perçoive la résistance du réservoir urinaire : l'index de la main gauche plonge alors dans cette espèce de boutonnière, l'ongle en bas, et repousse en baut le fascia et le péritoine, qui pourrait s'y trouver. Un bistouri à double tranchant, guidé par l'ongle de cet indicateur gancbe, est plongé dans la vessie et la divise jusqn'à ce que la pbalange unguéale de ce doigt pnisse pénétrer dans le réservoir ; puis le bistonri bontonné remplace le premier et divise les parois vésicales jusqu'à ce que l'indicateur gauche pnisse plonger tout entier dans la vessie.

Le doigt introduit explore la cavité vésicale et, d'après le résultat de cette exploration, la conduite ultérieure est réglée ; si nous avons affaire à un ou à plusieurs calculs de petit calibre ou de calibre moyen, la solution de continuité qui a permis à notre index, qui, soit dit en passant, est de très petit calibre, de pénétrer dans la vessie, suffira aussi pour livrer passage à des calculs de petit ou de moyen calibre ; mais si le calcul est jugé par l'exploration digitale comme dépassant la moyenne, l'incision est agrandie par le bistouri boutonné vers le pubis.

Pour l'extraction des petits calculs, et même de ceux de calibre moyen, nous nous servons de pinces à polypes courbes; les tenettes ordinaires, même du plus petit calibre, ne pénétrant que difficilement à travers une ouverture si exiguë.

Le doigt plongeant tonjours dans la vessie, la pince est glissée à plat le long de ce doigt ; une fois parvenue dans la vessie, elle est redressée et guidée par le doigt et tâche de saisir le calcnl par le diamètre le plns favorable pour sa sortie. Le calcul une fois saisi et bien saisi, l'indicateur gauche quitte la vessie et le calcul est ameué vers la boutonnière pratiquée au réservoir nrinaire, qui a encore conservé une grande partie du liquide injecté. On s'efforce alors de l'engager entre les bords de la boutonnière vésicale, dont la grande dilatabilité est bien connne par tous ceux qui ont pratiqué des opérations de ce genre. Nous avons réussi à extraire d'une telle boutonnière, sans violenter en ancune façon les bords de la solntion de continnité vésicale, nn calcul en galet, dont le diamètre le plus long mesure 0m 052, le diamètre transversal 0m 044 et pèse 140 grammes.

Dans les tailles exploratrices, si le doigt découvre un néoplasme vésical, non seulement l'incision est agrandie, mais les bords peuvent être fixés par des fils de chaque côté, d'après les préceptes formulés par le professeur Guyon.

Dans les cas où la taille est faite dans le but de laisser reposer le réservoir urinaire pour remédier plus tard à des rétrécissements plus ou moins compliqués ou à d'autres affections de l'urèthre ou de la vessie elle-même, une large division de la paroi vésicale nous paraît tout au moins inutile, et celle qui permet l'introductiou du doigt explorateur largement suffisante.

Mais revenons aux calculs. Dans l'exécution de ce genre de taille, qui est de beaucoup le plus fréquent, l'exploration au moyen du doigt une fois pratiquée et le calcul extrait, la vessie est largement lavée et l'on y introduit un tube, un seul. Le tube dont nous nous servons de préférence jusqu'ici est un tube en caoutchouc noir, flexible, à parois épaisses, dont le diamètre mesure 0m008 et la lumière 0m005. Le tube introduit et placé un peu plus bas que le milieu de la plaie y est assujetti par la suture profonde qui réunit intimement les bords des muscles droits et leurs aponévroses respectives, au moyen de catgut fin et flexible. Une seconde rangée de fils de soie réunit la peau et complète la fixation du tube qui, pour plus de sûreté, est lié à un fil qui est lié autour de l'abdomen. Son bout libre, qui par le pubis est ramené entre les cuisses du malade, est introduit dans le goulot d'une demi-bouteille de Bordeaux, qui, à son tour, est fixée par du coton, d'après un

---

Il faut que les propriétaires, plus intelligemment soncieux de l'avenir de leurs eaux, n'hésitent pas à y introduire les perfectionnements reconnus de toute ntilité que quelques inspecteurs ont si justement réclamés ; il faut, ensuite, que des travaux scientifiques, consciencieux et solides, viennent serrer de plus près encore la clinique de nos eaux minérales.

Quelle qne soit la valeur intrinsèque d'une eau minérale, quelles que soient les attractions dont elle est dotée, les médecins n'y enverront leurs malades que s'ils sont bien fixés sur les indications thérapeutiques de cette eau et sur ses contre-indications devant tel cas particulier. Comme il n'existe pas en France d'enseignement public qui vulgarise ces connaissances, les médecins n'ont pour se renseigner que les publications des hydrologues.

I

C'est sur ces publications que l'Académie insistera tout d'abord. Elle est frappée dn petit nombre des médecins d'eaux qui travaillent dans un sens vraiment scientifique. Sauf de très honorables et quelquefois de très remarquables exceptions, les rapports des inspecteurs sont sans portée médicale et se bornent à rééditer des faits déjà connus ; l'activité de médecins consultants semble aussi diminnée, et trop souvent, quelques-uns des travaux qui viennent au jour paraissent dictés par des préoccupations étrangères à la science.

Et quand on parcourt les stations et que l'on voit les éléments de travail qui s'y tronvent réunis, on se prend à regretter qu'il n'y ait pas entre les membres du corps médical une entente qui permette de les mieux ntiliser.

C'est qu'il ne s'agit plus aujourd'hui de rénnir simplement des observations et de dresser des statistiques dont une autre classification des cas viendra probablement ébranler les conclusions. Cette méthode a servi à créer la clinique des eaux minérales ; elle est la base de toutes les indications qui nous guident, et l'on peut même dire qu'aucun progrès nonveau ne peut-être effectué sans son appui. Mais à l'heure actuelle, elle ne suffit plus à elle seule. Pour pénétrer dans le secret de l'action des eaux minérales, il faut connaître la manière dont elles influencent les échanges organiques, en un mot, leur action sur la nutrition élémentaire.

On sait que derrière la plupart des affections chroniques — et ce sont celles qui sont justiciables des eaux minérales — il existe des troubles nutritifs, originels ou acquis, antérieurs à la manifestation

plan incliné, entre les cuisses du malade, dont le bassin est relevé et qui se tient comme à demi assis.

Dans cette attitude, qu'il faut s'efforcer de faire tenir au malade, les premiers jours surtout, le siphon fonctionne admirablement, pour peu que le malade soit intelligent et qu'il soit surveillé.

Pour faciliter les lavages que nous pratiquons dans la vessie et ne point distendre plus qu'il ne faut ses parois, à quelques centimètres de l'émergence du tube, nous ménageons une petite ouverture, pratiquée par un coup de ciseaux et en bec de flûte, à travers laquelle nous introduisons le bec de la seringue à injection, de manière à ce qu'une partie du liquide poussé dans la vessie ressorte facilement par le bout libre du tube laissé béant. Après chaque lavage, la petite ouverture est bouchée par une petite bandelette de diachylon enroulée autour du tube.

Cette manière de pratiquer la taille hypogastrique, nous l'avons déjà mise à exécution, dans l'espace des derniers dix-huit mois, sept ou huit fois, quatre fois pour extraire des calculs, et trois pour remédier à d'autres affections de l'urèthre ou de la vessie.

Les suites opératoires ont toujours été des plus simples, et la guérison a été rapide dans la majorité des cas dans lesquels nous désirions et nous croyions possible de l'obtenir.

Une fois elle a été complète dans l'espace de huit jours, tandis que le calcul extrait offrait les dimensions que nous avons données plus haut. Dans un second cas, la guérison a été obtenue le neuvième jour, le calcul présentant de faibles dimensions, et, dans un troisième cas, chez un enfant de huit ans, au bout de onze jours. Ici, la guérison aurait pu être obtenue plus tôt, si le petit malade n'avait en peur de pousser pour uriner par l'urèthre, ce à quoi nous l'avons contraint en fermant la petite ouverture, qui faisait mine de persister après la levée du tube, par deux petites serres-fines. Dans notre quatrième cas, nous avons attendu la fermeture complète de la plaie pendant près de trente-cinq jours, mais de la vessie de ce malade nous avons extrait deux calculs, dont le plus gros présentait le volume d'un œuf d'oie, et dont le périmètre, suivant l'axe longitudinal, mesure 0m 155 et, suivant l'axe transversal, 0m 115; il pèse 77 grammes. De plus, le porteur de ces deux calculs, un adulte, était cachectique, avait les urines purulentes, souvent la fièvre et nous inspirait de grands soupçons sur une complication rénale.

L'opération fit cesser tout cela comme par enchantement, et le malade quitta le lit vers le vingtième jour : mais la plaie mit encore un certain nombre de jours à se cicatriser complètement.

Pour ne pas étendre cette communication, déjà longue, nous dirons en terminant que, plus nous nous efforcerons de réduire les solutions de continuité de la vessie en les traitant en même temps avec le plus d'égards possible, pendant l'exécution de la taille hypogastrique, plus inoffensive nous rendrons cette opération, tout en étendant ses indications et son domaine.

PHYSIOLOGIE

De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein, par M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux, note communiquée à la Société anatomique.

J'ai présenté au mois d'avril dernier, à la Société anatomique, des pièces qui montraient la possibilité de faire des résections successives du rein. J'établis alors que le pouvoir d'hypertrophie compensatrice de cet organe était presque indéfini, puisque je pouvais supprimer progressivement le poids total des deux reins d'un animal sans entraîner la mort. Le fragment que je laissais subissait une augmentation de volume qui suffisait à l'excrétion parfaite de l'urine. Je pus ainsi déterminer la quantité de parenchyme rénal nécessaire à la vie. Il faut une moyenne de 1 gr. à 1 gr. 10 de rein par kilog. de substance animale à dépurer.

En présence de ces faits, j'émis devant vous l'hypothèse que cette hypertrophie était due à une régénération de l'organe. Cette opinion ne fut pas partagée *a priori* par la Société. J'ai cherché à en prouver l'exactitude, et ce sont ces résultats que je viens vous montrer.

J'examinai histologiquement au laboratoire de M. Cornil, et avec la collaboration de mon collègue Toupet, les fragments enlevés successivement tous les mois. Plus de cent coupes faites dans ce but ne nous conduisirent qu'à un parfait insuccès. Nous trouvions une hypertrophie vraie portant sur les glo-

---

morbide et qui sont la condition fondamentale de sa forme et de sa durée. Ces vices de la nutrition matérialisent cette manière d'être jadis indéfinissable, à laquelle nos pères ont donné le nom de diathèse, et ils paraissent si bien conjugués à l'idée représentée par cette dénomination, que les deux formes ne nous représentent plus que des synonymes. Pourtant, il ne faudrait pas oublier qu'un trouble de la nutrition, quel qu'il soit, reconnaît toujours une cause première dont il n'est que l'expression : aux oxydations accrues ou diminuées, aux dénutritions locales plus ou moins accentuées, aux fermentations accélérées ou retardées, il est un trouble antérieur, encore mystérieux, auquel on pourrait conserver le nom de diathèse, celle-ci ne représentant pas le trouble nutritif lui-même, mais l'ensemble des causes qui lui donnent naissance.

La connaissance de ce vice nutritif qu'engendre la diathèse et dont le rôle essentiel est de préparer en quelque sorte le terrain de la maladie, nous donne le moyen de préjuger du trouble originel, et nous indique le sens dans lequel doit agir la thérapeutique. Par conséquent les divers moyens de traitement ne s'adapteront exactement aux affections contre lesquelles ils sont dirigés, quasi l'on a mathématiquement fixé, au préalable, les modifications qu'ils impriment à la nutrition élémentaire. Et tant que cette recherche n'aura pas été faite pour les eaux minérales, elles manqueront de l'un des éléments les plus importants parmi ceux qui permettent de juger de leurs indications et de leurs contre-indications.

Pidoux insistait autrefois, avec une grande hauteur d'esprit, sur les cures préventives des maladies chroniques. Reprenant la vieille idée des recorporations, que l'antiquité avait déconsidérée par des pratiques irrationnelles, Pidoux disait qu'il doit exister des moyens de convertir les organismes touchés par l'hérédité, de créer des tempéraments, de modifier ces dispositions organiques encore compatibles avec la santé, « qui ne sont, disait-il, que la fleur des maladies chroniques, dont les fruits mûris par le temps, se développeront dans l'âge adulte et empoisonneront la vieillesse, s'ils laissent l'homme franchir l'âge de retour. »

L'emploi des eaux minérales est un des plus sûrs moyens de produire ces modifications lentes et constitutionnelles, qui doivent aboutir à une inversion du mode nutritif de l'individu ; mais, au moins, faut-il savoir comment réagissent les échanges devant telle on telle eau minérale.

C'est à cette étude, jusqu'ici trop négligée en France, que l'Aca-

mérules et les tubes contournés, et au micromètre cette hypertrophie était de 1/4.

Ce premier résultat ne concordait pas avec ce que l'expérience me donnait, car l'augmentation de volume en poids était de 100 0/0. Il y avait donc erreur quelque part.

Aussi je n'en restai pas là et je pensai que nos coupes, provenant d'une hypertrophie datant d'un mois, montraient une régénération parfaite qui ne permettait pas de distinguer les éléments régénérés des éléments anciens. Je repris mes recherches, pour savoir à quel moment commençait et se terminait l'hypertrophie.

Je m'adressai pour cela aux faits cliniques et à l'expérimentation. La lecture des rares observations de néphrectomie ne me conduisit à aucun résultat.

Les observations bien prises sont rares, et le rein du côté opposé peut fonctionner seul depuis longtemps car celui qu'on enlève est généralement malade. C'est pourquoi je m'adressai à l'expérimentation pour obtenir des résultats fermes.

L'analyse et le dosage de l'urine me montra que, du 8e au 12e jour après la néphrectomie, l'activité fonctionnelle était rétablie. Fort de ces premières conclusions, je fis de nouvelles extirpations de la glande rénale, nous examinâmes les fragments en voie d'hypertrophie depuis 5 à 15 jours.

Notre persistance fut suivie d'un plein succès, et vous pouvez constater sur ces pièces, non seulement la régénération glomérulaire du rein, mais encore l'évolution même de cette régénération.

Elle débute par une néo-formation vasculaire qui aboutit à la formation d'une anse vasculaire qui bientôt devient un glomérule complet, lequel s'entoure d'une capsule de Bowman, formée aux dépens du tissu conjonctif ambiant et allant s'ouvrir au niveau d'un tube contourné.

Au 8e jour après une néphrectomie chez le chien, on trouve dans le rein du côté opposé des modifications qui portent sur le parenchyme préexistant et sur des éléments de nouvelle formation.

Toutes les parties constituantes de l'organe comparées à celles de l'organe enlevé sont plus volumineuses, et sans aucune mensuration le fait est appréciable. Les glomérules sont plus gros, l'espace qui les sépare de la capsule de Bowman est plus considérable, la capsule de Bowman ne paraît pas plus épaisse, mais elle a suivi le glomérule dans son expansion. Les tubes contournés sont également plus volumineux, leur lumière et leurs cellules épithéliales ont, par conséquent, des dimensions supérieures à la normale; mais le noyau des cellules et leurs granulations n'ont pas subi de changements manifestes. Toutes ces parties mesurées au micromètre nous ont montré une augmentation de volume de 1/4.

Les artères, les veines ont subi la même augmentation de volume sans qu'il y ait aucune modification dans leur structure. Les tubes collecteurs sont normaux.

Les éléments de nouvelle formation sont les suivants :

Sur une préparation colorée par le picrocarmin (2, 13 septembre 1888) on voit dans certaines portions de la substance corticale de grandes travées rouges qui s'étendent depuis l'arc vasculaire du rein jusqu'aux abords de la surface.

Ces travées correspondent à des vaisseaux irrités et l'on remarque, tant dans la travée que dans les environs, une quantité tout à fait anormale de glomérules. Parmi ces glomérules, les uns sont complets, d'autres paraissent en évolution et l'on trouve là tous les degrés, depuis le bourgeon vasculaire simple jusqu'au glomérule parfait. Ce travail de régénération semble ne pas se faire uniformément dans toute l'étendue du tissu rénal, il est limité à certaines régions plus spécialement.

Tous les processus de néphrite évoluent d'ailleurs de cette façon et n'occupent jamais que des portions limitées, à côté desquelles le tissu du rein est sain ou presque sain.

On voit très nettement que les travées d'irritation dont nous avons parlé sont sous la dépendance de gros vaisseaux. Le calibre de ces vaisseaux est augmenté de volume; leur paroi est épaissie, infiltrée de cellules embryonnaires; puis de ces gros vaisseaux, tranchant nettement au milieu des tubes contournés, partent les branches secondaires dont les unes se terminent par des glomérules, les autres forment des bouquets qui s'insinuent entre les tubes contournés et n'ont encore qu'une apparence très vague de glomérule complet.

En somme dans ces régions on voit deux choses distinctes : des glomérules accumulés en grande quantité au milieu des travées irritatives, puis dans les régions voisines d'autres glomérules qui semblent en train de se former.

---

démie convie les médecins hydrologues. Ils peuvent être assurés que cette voie jusqu'à présent presque inexplorée, leur ouvrira de nouveaux horizons, et qu'elle sera peut-être le point de départ d'une révolution dans la clinique thermale.

Voilà le but : mais que d'objections se dressent dès qu'on veut tenter de l'atteindre! Les médecins hydrologues les plus instruits répondent que les exigences de la clientèle leur laissent peu le temps de se livrer à des travaux aussi longs et aussi délicats; qu'il faut en outre, pour les exécuter, des connaissances chimiques bien longues à acquérir; enfin, que même en ayant du temps et de l'expérience, il manquerait encore l'instrument de recherches, le laboratoire, dont les stations sont dépourvues. Aussi, quand on voit avec quelles pauvres installations individuelles, certains médecins se sont mis au travail et ont déjà planté des jalons, on est en droit de désirer que ceux d'entre eux qui ont conservé quelque culte pour la science, aient à leur disposition les moyens d'étude dont ils pourraient tirer un si haut profit et qui leur assureraient la plus légitime et la plus fructueuse des notoriétés.

Et c'est pourquoi l'Académie soumet à votre appréciation un vœu qui a été émis déjà au Congrès d'hydrologie de Biarritz en 1887 (1), c'est la création de laboratoires thermaux où les jeunes médecins, que n'absorbent pas encore les soucis de la clientèle, emploieraient utilement leurs loisirs, où les stagiaires de l'Académie s'occuperaient à fixer l'action biologique des eaux de la station, et où le praticien trop occupé, ferait pratiquer, par des hommes compétents, les analyses dont il aurait besoin pour éclairer ses diagnostics, diriger ses traitements et juger de leur efficacité.

Si l'on veut donner à l'hydrologie française une impulsion plus grande encore, il est de toute nécessité que cette branche de la science soit vulgarisée et ne devienne pas un arcane étranger aux préoccupations des étudiants, et trop souvent ignoré des médecins. Où le jeune médecin peut-il apprendre ce qu'il doit pratiquement connaître des eaux minérales, et quel est le chef de service qui n'a pas entendu ses élèves avancés se plaindre de ne savoir où ni comment combler cette lacune de leur instruction?

En dehors du cours de M. Durand-Fardel, de quelques leçons faites dans les hôpitaux, il n'existe rien, et le bagage du médecin qui

(1) *De la création de laboratoires thermaux*, M. Peyraud. Discussion, MM. Garrigou, Bourdel, Labat. Congrès d'hydrologie de Biarritz.

Tantôt on voit des bourgeons très allougés, aussi larges à leur insertiou sur le vaisseau principal qu'à leur extrémité. Celle-ci se perd entre des tubes contournés, trois ou quatre en général, qui la limitent; elle est immédiatement en contact avec eux.

La continuité de ces bourgeons vasculaires avec les principales artères glomérulaires irritées n'est pas toujours facile à établir; parfois au milieu des tubes contournés on ne voit que les anses vasculaires en peloton ne ressemblant encore que très vaguement à un glomérule dont elles sout loin d'ailleurs d'atteindre le volume.

Ces anses ue sout reliées par aucun pédicule, mais comme dans les mêmes régions on aperçoit uombre de vaisseaux hypertrophiés, dilatés, dont la continuité avec les artères glomérulaires est uette, il y a tout lieu de croire que ces pelotons s'y relient et que cette continnité existe.

Il semble donc indubitable qu'il y a là une prolifération de tout le système vasculaire, prolifération beaucoup plus intense dans certaines portions du rein.

Les vaisseaux proliférés se terminent par des sortes de bouquets de capillaires, qu'on peut considérer comme devant donner plus tard naissance à des bouquets glomérulaires.

Comment ces houquets, logés là au milieu des tnbes contournés, se transforment-ils en glomérules?

Il nous a été assez difficile jusqu'ici de suivre directement l'évolution complète de cette transformation.

Un fait cependant nous a frappé. Il n'est pas absolument rare même sur un rein normal, de rencontrer deux glomérules en contact l'un avec l'autre. Sur les reins hypertrophiés, le fait nous a paru plus fréquent qu'à l'état normal. Le volume de ces glomérulss est également plus considérahle.

En troisième lieu, on voit nettement dans certains cas que le bouquet glomérulaire a denx pédicules au lieu d'un. Parfois encore, on voit une cavité glomérulaire à moitié vide, il ne reste qu'un bouquet ue paraissant pas d'ailleurs comprimé par un exsudat comme le fait s'observe dans la néphrite glomérulaire.

Si ou joint à cela que le processus de prolifératiou est beaucoup plus actif dans les environs des glomérules, ou peut se demander si les bourgeons vasculaires ue pénètreut pas dans les cavités glomérulaires pour se développer à côté des anses existant antérieurement et former un glomérule à deux pédicules, les denx portions resteraient d'ailleurs simplement au contact l'une de l'autre. Dans d'autres circonstances enfin on voit nettement deux cavités glomérulaires à peu près d'égales dimensions, communiquant l'une avec l'autre. Cette communication est peut-être plus fréquente qu'ou ne pourrait le supposer d'après l'examen des coupes. Si l'on pense que les glomérules out une forme sphérique et que le contact de ces deux sphères peut s'établir sur un point assez limité, il est à présumer que uombre de cavités qui sur les coupes semblent simplement rapprochées, communiquent soit au-dessus soit audessous de la surfacc de section.

Cette pénétration des anses glomérulaires dans les cavités préexistantes uous semble être le mode d'entrée en fonction des glomérules de compensation, au moins dans l'immense majorité des cas. Nulle part en effet on ne trouve de processus d'irritation du côté des tubes contonrnés, au moins dans ceux qui sont immédiatement en contact avec les vaisseaux néoformés.

Il ue nous reste plus à établir que la façon dont s'abouche la nouvelle capsule de Bowman dans les tubes contonrnés. Il se fait sans doute une onverture directe dans un des nombreux canaux qui serpentent à la surface de cette capsule. Le collet rétréci dans le rein du chieu est, au contraire, large chez le lapin, et c'est là que nous éluciderons ce dernier point. Il n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire puisqu'on ne le voit presque jamais sur ces coupes normales du reiu.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE CHEZ UN SATURNIN par M. A SOUQUES, interne des hôpitaux.

La constatatiou de troubles de la sensibilité dans les paralysies saturnines remoute à une époque déjà reculée. Paul d'Egine et nombre d'auteurs après lui avaient signalé la présence d'anesthésies plus ou moins diffuses et plus ou moins disséminées. Tanquerel des Planches s'en était longuement occupé. Mais les observations d'hémianesthésie totale manquaient complètement et, si l'on excepte ces deux dernières anuées, c'est à peine si on peut en retrouver une douzaine dans la science.

---

termine ses étndes dépend du basard qui l'a conduit dans tel service d'hôpital dont le chef a éventuellement parlé des eaux minérales à propos d'un malade ou dans le cours d'une leçon clinique! Aussi l'Académie se permet-elle de vous exprimer le vœu qu'il soit créé, à Paris, sous une forme pratique quelconque, un enseignement des choses de l'hydrologie.

(*A suivre.*)

Ecole de médecine d'Alger. — M. Flenry, pharmacien de 1re classe est institné, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. Chalançon est maintenn pour trois ans, à partir du 3 novembre 1888, dans les fonctions de préparateur de physiologie.

Services de l'hygiène publique. — Par décret du 5 janvier, « le service de l'hygiène publique est distrait du ministère du commerce et de l'industrie et transféré au ministère de l'intérieur. Toutefois les établissements dangereux, insalubres ou incommodes, les fabriques et dépôts de dynamite et autres matières explosihles, sont maintenus dans les attributions du ministre du commerce et de l'industrie. »

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 22 décembre 1888, ont été promus au grade de médecin de 2e classe : les aides-médecins, docteurs en médecine : MM. Briend (Léopold-François), Teizier (André-Amédée).

Facultés : Paris: 1re classe, 15.000; 2e classe, 12.000. — Départements : 1re classe, 11.000 fr.; 2e classe, 10.000; 3e classe, 8.000; 4e classe, 6.000.

Ecoles de pharmacie : Paris ; 1re classe, 11,000; 2e classe, 9.000. — Départements : 1re classe, 8.500; 2e classe, 7.500, 3e classe, 6.500.

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — Par décret en date du 31 décembre 1888, M. le médecin-inspecteur Vallin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, et du 14e corps d'armée, a été nommé directeur de l'École du service de santé militaire.

C'est Strack qui, en 1765, en rapporte le premier cas.

Manouvriez (*Archiv. physiol.* 1870) parle de troubles de la sensibilité pouvant se généraliser et se localiser à une moitié du corps, mais ces troubles, dit-il, prédominent toujours au point d'absorption cutanée, caractère qui différencierait cette hémianesthésie de l'hémianesthésie hystérique.

M. Raymond, dans un mémoire présenté au concours pour la médaille d'or en 1874, rapporte deux observations très nettes d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle chez des saturnins.

Depuis la science s'est enrichie de faits nouveaux. MM. Decours (1875), Ananief, Hamaut, Heugas (1877) dans leurs thèses inaugurales, rattachent définitivement cette hémianesthésie à l'intoxication plombique.

MM. Vigouroux (*Gaz. hop.* 1878), Hanot et Mathieu (*Achiv. gén. de méd.* 1878), Oulmont et Landolt, Debove, Proust et Ballet rapportent de nouveaux exemples de paralysie saturnines accompagnée d'hémianesthésie.

Mais déjà à cette époque la question avait fait un pas de plus. On avait constaté que des troubles de la sensibilité coexistaient quelquefois avec des attaques convulsives, qu'ils étaient susceptibles de se transférer au moyen de l'aimant et de guérir avec rapidité (Debove, 1879). Néanmoins, tout en constatant la similitude frappante de ces désordres avec ceux que l'on rencontre dans l'hystérie, on n'osait pas les mettre sur le compte de cette dernière. L'intoxication saturnine en était seule responsable.

En réalité, il faut arriver à ces deux dernières années pour voir la question se présenter sous un nouvel aspect et l'hystérie reprendre ses droits.

Dans une clinique faite le 27 juin 1886 à la Salpêtrière, M. Charcot montrait à ses auditeurs un saturnin qui venait consulter pour des attaques convulsives partielles et qui était porteur d'une hémianesthésie. Après avoir constaté que ce malade présentait les stigmates hystériques, M. Charcot concluait que les troubles qu'il offrait ne pouvaient relever du saturnisme et que les attaques convulsives comme l'hémianesthésie dépendaient de l'hystérie; il disait que l'un des principaux arguments invoqués pour rejeter cette idée, à savoir qu'il s'agissait d'individus du sexe masculin, n'avait plus aujourd'hui de raison d'être, et, généralisant, il dépouillait l'intoxication saturnine de cette hémianesthésie au profit de l'hystérie, réduisant le rôle du plomb à celui d'agent provocateur.

M. Potain, dans une leçon du 9 janvier 1887, proclamait la même doctrine et rangeait toutes les hémianesthésies saturnines dans le domaine de l'hystérie.

L'hémianesthésie saturnine, comme les autres hémianesthésies toxiques, avait vécu, ainsi que le démontre M. Achard dans sa thèse (1887).

M. Letulle, dans deux mémoires successifs parus dans le *Bulletin médical* et dans les *Archives de physiologie* 1887, apporte de nouvelles preuves en faveur de cette manière de voir.

M. Berbez (*Gaz. hop.* 14 janvier 1888) fait de cette question l'objet d'une revue générale et M. Hischmann l'objet de sa thèse inaugurale.

Tout récemment il nous a été donné d'observer chez un saturnin un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie totale qui nous semble rentrer dans le cadre de l'hystérie toxique. En voici le résumé succinct :

Le nommé Lef..., âgé de 47 ans, plombier, entre le 29 février 1888 dans le service de M. Gouraud, à l'hôpital Cochin, salle Antheaume, lit 18.

On ne trouve dans ses antécédents héréditaires aucun phénomène nerveux digne de remarque.

Quant à ses antécédents personnels, on note que le malade a eu une première attaque de colique de plomb à l'âge de dix-huit ans. Deux ans après, il part pour le service militaire, reste dix-huit mois en Afrique où il contracte la dysenterie, dont il cherche à se guérir en buvant un grand verre d'absinthe pure. Instantanément, il tombe en proie à une crise épileptique, et douze heures après, il pouvait reprendre son service.

Le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente; il nie formellement la syphilis, et, du reste il n'en présente aucune trace.

Sept ans après, il rentre à Paris et reprend son métier de plombier. C'était en 1867. Un an après son retour, il est repris d'une deuxième attaque de colique de plomb.

Depuis lors, il a eu trois nouvelles attaques de colique saturnine; la dernière remontant à 1885. Il a perdu durant ce laps de temps une grande partie de ses dents, peu à peu, sans douleurs.

Le malade est légèrement alcoolique. En 1886, il rentre à l'Hôtel-Dieu pour des troubles gastriques et pour un zona intercostal gauche, dont on voit très nettement les cicatrices.

Le 27 décembre 1887, il tombe d'une échelle et peut se relever sans le secours d'un aide; il ne constate à la suite aucun trouble dans sa démarche.

Trois semaines plus tard, il prend une bronchite et rentre dans le service de M. Beaumetz; il est envoyé à Vincennes quelque temps après. C'est à l'asile de Vincennes, quelques jours après son arrivée, qu'il aurait remarqué une légère difficulté à marcher. Un jour, en voulant lever une chaise de son bras gauche, il s'est aperçu qu'il en était incapable; le même jour, il a constaté une certaine difficulté à mouvoir la jambe correspondante. Cette parésie, peu marquée au début, s'est rapidement accentuée; au bout de quatre à cinq jours, il avait une hémiplégie gauche bien caractérisée. De Vincennes, il est revenu au parvis d'où il a été dirigé sur l'hôpital Cochin.

A son entrée, ce malade était nettement hémiplégique. Dans tout le côté gauche, la sensibilité générale est éteinte; l'anesthésie est complète, au triple point de vue du contact, de la température et de la douleur. Cette anesthésie n'est pas seulement superficielle, elle est encore profonde; on peut, sans réveiller la moindre douleur, tordre les membres du malade; en outre, la notion du sens musculaire est abolie.

Quant aux troubles sensoriels, ils ne sont pas moins accusés. L'ouïe du côté gauche est abolie, le malade n'entendant pas le tictac d'une montre rapprochée de son oreille.

La vision est également affaiblie du même côté. De plus, rétrécissement concentrique du champ visuel très marqué. — Dyschromatopsie.

L'odorat est aboli du côté gauche.

La langue est insensible à la piqûre dans toute son étendue. Le pharynx est anesthésié. Le goût est perdu; le malade ne sent pas les aliments; il lui semble, suivant sa propre expression, qu'il mange de la terre.

Sur la surface du corps, aucune trace d'hyperesthésie. La pression testiculaire est négative. Du reste, le malade n'a jamais eu de crise convulsive.

Les troubles du mouvement ne sont pas moins caractéristiques que ceux de la sensibilité. Hémiplégie gauche ayant respecté la face. La force musculaire est très diminuée du côté gauche.

Au dynamomètre :

Main gauche = 10
Main droite = 65

Réflexes rotuliens normaux. Pas d'atrophie musculaire appréciable.

La démarche de ce malade rappelle celle qui a été décrite par Todd, et plus récemment par M. Charcot : il ne fauche pas en marchant; il traîne la jambe derrière lui comme un corps inerte, en inclinant légèrement le tronc à droite.

A côté de ces divers troubles, on ne trouve rien à noter dans les divers organes : cœur, poumon, etc.

Les dents sont tombées en grande partie; celles qui restent sont déchaussées, recouvertes de tartre; les gencives rouges, enflammées, avec le liséré saturnin. Sur l'arcade dentaire supérieure, il ne reste plus qu'une seule dent qui est aussi déchaussée et bordée d'un liséré.

L'état général est bon, l'appétit conservé, le facies un peu pâle. L'intelligence est paresseuse, et le malade a l'air hébété.

Telle est cette observation qui nous semble ressortir aux hémiplégies hystériques d'origine toxiques décrites depuis quelques années. Il s'agit bien là d'un saturnin ayant présenté à diverses reprises des attaques de coliques, présentant encore, du côté de ses dents, des traces indélébiles d'intoxication plombique, un liséré et un facies saturnins. En outre ce malade est un hystérique ; il présente à un haut degré tous ou presque tous les stigmates de la névrose : hémianesthésie totale, complète, superficielle et profonde, anesthésie pharyngée, rétrécissement concentrique du champ visuel, etc., hémiplégie ayant respecté la face... Il n'est pas jusqu'à son air hébété si opposé au facies mobile de la femme hystérique, qu'on ne puisse faire rentrer en ligne de compte. C'est donc là un hystérique et un saturnin. Le plomb a probablement joué ici, comme dans les observations rapportés par les divers auteurs, le rôle d'agent provocateur et il s'agit là d'un de ces cas que M. Debove a désignés sous le nom d'hystérie toxique.

REVUE DES JOURNAUX DE MEDECINE

I. — PARALYSIE PROGRESSIVE (GÉNÉRALE) AVEC TABÈS DORSALIS CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 13 ANS, par le Dr A. STRÜMPELL. *Neurologisches Centralblatt*, 1888 n° 5.

II. — SUR UN CAS D'AFFECTION SYPHILITIQUE DES CENTRES NERVEUX, QUI A SIMULÉ PASSAGÈREMENT LE TABLEAU CLINIQUE DU TABÈS DORSALIS, par le Dr H. OPPENHEIMER. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888 n° 53, p. 1061.

I. — La question des rapports de la syphilis et du tabès est encore en suspens. — Je rappelle que deux ordres d'arguments ont été invoqués surtout en faveur de leur théorie par ceux qui admettent des rapports de filiation entre la syphilis et le tabès dorsalis : d'une part, la fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades qui présentent les symptômes du tabès ; d'autre part, l'efficacité du traitement spécifique dans un certain nombre de cas de tabès où la maladie des centres nerveux s'était développée plus ou moins de temps après une contamination syphilitique.

On pourrait encore invoquer à l'appui de cette thèse de l'origine syphilitique d'un grand nombre de cas de tabès, l'intervention relativement fréquente de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, c'est-à-dire d'une maladie qui s'associe fréquemment au tabès dorsalis, fait aujourd'hui bien connu. Voire que sous l'influence, apparente ou réelle, de la syphilis, les symptômes des deux maladies peuvent se développer concomitamment chez le même sujet. L'observation de Strümpell, relative à une jeune fille de 13 ans, issue d'un père syphilitique, est donnée par l'auteur comme un exemple de ce genre.

Le père de la malade avait contracté la syphilis deux ans avant la naissance de sa fille, qui fut toujours débile et sujette aux éruptions cutanées. A l'âge de 13 ans, l'enfant fut frappée d'une paralysie transitoire de tout le côté droit. Cette paralysie se dissipa au bout d'une demi-heure, pour se reproduire quinze jours plus tard, compliquée d'aphasie. De semblables attaques se renouvelèrent dans la suite, toutes les trois ou quatre semaines, pendant près d'un an. Depuis la première, on avait remarqué que l'intelligence de l'enfant était en baisse. Plus tard, l'embarras de la parole persista. La démarche devint mal assurée. La jeune fille se plaignait de douleurs dans le ventre et dans le côté. Voici les principaux symptômes notés par M. Strümpell, lors d'un premier examen qu'il fit de la malade, vingt mois environ après la première attaque.

Affaiblissement très prononcé des facultés intellectuelles, embarras de la parole tout à fait caractéristique, secousses et tremblement des muscles de la face, pendant que la malade parlait, trouble de l'écriture, tel qu'il se manifeste chez les paralytiques généraux (oubli de lettres, de syllabes, de mots entiers); suppression des mouvements réflexes de la pupille, tremblement de la langue, mouvements des membres supérieurs mal assurés, ataxie très prononcée aux membres inférieurs, abolition du phénomène du genou, émoussement de la sensibilité à la douleur.

Un traitement par l'iodure de potassium sembla améliorer l'état des membres inférieurs et l'embarras de la parole. Puis la maladie reprit sa marche progressive; six mois plus tard, la malade eut une nouvelle et violente attaque de paralysie, qui dura une demi-journée.

Pour M. Strümpell, il s'agit bien là d'un cas de tabès dorsalis compliqué de paralysie générale, en rapport avec des lésions syphilitiques des centres nerveux (syphilis congénitale).

II. — Mais les observations du genre de celle que nous venons de résumer soulèvent toujours deux questions difficiles à résoudre.

Tout d'abord, en admettant que tare syphilitique il y ait eu chez le sujet de l'observation, est-ce bien la syphilis qui a incité le développement des symptômes rapportés les uns à la paralysie générale, les autres au tabès dorsalis? En faveur de l'affirmative, on ne peut guère invoquer dans les faits de ce genre que l'aphorisme : *Post hoc, ergo propter hoc.*

En second lieu, les symptômes qu'on observe en pareil cas sont-ils en rapport avec les lésions caractéristiques du tabès dorsalis classique? (Nous laissons de côté ce qui a trait aux rapports de la syphilis et de la paralysie générale). Ne s'agit-il pas plutôt d'un de ces pseudo-tabès, dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps?

Une très intéressante observation de M. Oppenheimer plaide en faveur de cette seconde interprétation. Voici un résumé fidèle de ce fait clinique :

Il s'agit d'une femme de 31 ans qui, au moment de son entrée à l'hôpital (mai 1885), présentait les traces manifestes d'une syphilis contractée quelques années auparavant; c'étaient les résidus d'une kératite parenchymateuse et d'une irido-choroïdite syphilitique, datant de 1881. Depuis le mois de février, cette femme ressentait de la faiblesse et des douleurs dans les jambes; de plus, on constatait chez elle le signe de Westphal (abolition du phénomène du genou). Sous l'influence d'un traitement par les frictions mercurielles, l'état de la malade s'était amélioré, au point qu'on pouvait la croire guérie.

Lorsqu'elle se fit réadmettre ensuite, au mois de mai, elle présentait un ensemble de symptômes très complexe : douleurs lancinantes dans les membres supérieurs, accès de toux spasmodique (crises laryngées), avec raucité de la voix; troubles de la déglutition, paralysie de l'oculo-moteur à droite, parésie de quelques branches du même nerf, à gauche, ptosis des deux côtés, avec défaut de réaction pupillaire (synéchies syphilitiques), parésie du voile du palais, paralysie de la corde vocale droite, avec abolition de l'excitabilité électrique du nerf recurrent de ce même côté, parésie du trapèze et du sterno-cleido-mastoïdien, accélération persistante du pouls, signe de Westphal des deux côtés, signe de Romberg, troubles de la sensibilité aux jambes, troubles de la miction.

On inclina vers le diagnostic de tabès syphilitique. Une nouvelle cure par les frictions mercurielles *procura une amélioration très grande.*

La malade quitta l'hôpital, pour y rentrer au mois de janvier 1886. La plupart des symptômes notés plus haut s'étaient reproduits. De plus, on pouvait maintenant provoquer la trépidation épileptoïde par le brusque redressement du pied.

Une troisième cure par les frictions mercurielles échoua complètement. Cette femme fut placée dans un hospice d'incurables. M. Oppenheimer la revit, dans le courant de l'année 1887. Les *réflexes patellaires, abolis jadis, étaient considérablement exagérés*; le phénomène de la trépidation epileptoïde subsistait; bref, aux membres inférieurs les symptômes étaient maintenant ceux de la paralysie spinale spasmodique.

Le 2 avril 1888, la malade succomba aux suites d'un carcinome de l'utérus. L'examen des centres nerveux révéla l'existence des lésions suivantes : dans le cerveau, foyer de ramollissement, occupant le corps strié à gauche; méninges et vaisseaux sains. Dans la moelle, pachyméningite chronique et arachnoïdite gommeuse; des méninges, la lésion s'étendait au tissu de la moelle qui était intéressée dans toute son épaisseur sur une hauteur de 2 à 3 centimètres; de là, partaient, dans les deux sens, des traînées de dégénérescence secondaire. Ailleurs, la moelle n'était altérée que dans l'étendue d'une étroite zone périphérique. Dans la partie supérieure du segment lombaire et dans la portion avoisinante du segment dorsal, l'altération des cordons postérieurs atteignait son minimum d'étendue; *les zones radiculaires notamment étaient presque saines.* Les vaisseaux de la moelle présentaient des lésions d'endartérite et de périartérite chronique.

Dans le bulbe, la protubérance et les tubercules quadrijumeaux, il existait des lésions limitées aux territoires d'origine du nerf vague, de l'accessoire, du glosso-pharyngien et des nerfs moteurs de l'œil.

M. Oppenheimer a fait ressortir tout l'intérêt que présente cette observation. Je me bornerai à retranscrire les conclusions formulées par l'auteur.

1° Un ensemble de symptômes analogue à la symptomatologie du tabès peut être engendré par une affection syphilitique des centres nerveux.

2° Lorsque, dans le cours d'une affection qui en impose pour un cas de tabès dorsalis, une cure anti-syphilitique produit des résultats salutaires, il y a lieu de mettre en doute le diagnostic de tabès vrai, et de soupçonner qu'on a affaire à un cas de pseudo-tabès syphilitique.

3° Lorsque chez un malade qui réalise la symptomatologie du tabès, une infection syphilitique antérieure est avérée, il y a lieu d'instituer un traitement spécifique dans le cas où des manifestations insolites, une évolution anormale laissent à supposer qu'on se trouve en présence d'une affection syphilitique des centres nerveux. A ce propos, l'auteur fait remarquer que dans les cas de tabès vrai, le traitement mercuriel aggrave l'état des malades loin de l'améliorer.

4° Une affection syphilitique des centres nerveux ou de leurs enveloppes peut se compliquer d'altérations des noyaux d'origine des nerfs craniens, qui par elles-mêmes n'ont rien de spécifique, et qui offrent la plus grande ressemblance avec celles qu'on rencontre dans les cas de tabès. De plus, l'observation ci-dessus démontre qu'une paralysie nucléaire peut se développer sous l'influence de la syphilis, suivant les prévisions d'Hutchinson.

5° Dans les cas à évolution atypique, le diagnostic de tabès dorsalis ne doit être posé qu'avec beaucoup de réserve. Une observation prolongée du malade permettra le plus souvent de trancher la difficulté.

Voilà des conclusions bien nettes et j'ajouterai conformes à l'ensemble des faits cliniques qu'on a fait intervenir pour élucider cette question des rapports de la syphilis et du tabès. Elles se réduisent à dire que le tabès classique, maladie essentiellement incurable à sa période d'état, est rebelle au traitement spécifique, même quand les antécédents de syphilis sont des plus avérés; que lorsque, dans le cours d'une affection qui évolue sous les traits de plus ou moins fidèles du tabès, le traitement spécifique procure une guérison ou une amélioration le plus souvent transitoire, une observation attentive du cas fera presque toujours découvrir des traits ou une évolution autres que ce que l'on voit dans les cas de tabès classique; que les cas de ce genre, quand ils donnent lieu à une nécropsie, s'accompagnent de lésions diffuses des centres nerveux et de leurs enveloppes, bien différentes de celles du tabès dorsalis vulgaire. Ce sont donc en réalité des cas de pseudo-tabès.

Incidemment, je mentionnerai en quelques mots une observation de M. Oppenheimer, qui contraste avec la précédente, au point de vue de l'évolution; c'est-à-dire que dans une première phase, la maladie a évolué sous les traits de la syphilis cérébro-spinale commune, tandis que plus tard elle s'est de plus en plus rapprochée de la symptomatologie du tabès dorsalis.

L'observation concerne une jeune femme qui avait contracté la syphilis à l'âge de 16 ans. Cinq ans plus tard, elle fut atteinte d'une paralysie de l'oculo-moteur commun, à droite. Après une amélioration passagère, la paralysie se reproduisit de nouveau, compliquée d'une atrophie du nerf optique du même côté; de plus, la malade était devenue sujette à la céphalagie et aux vomissements. Sous l'influence d'une cure mercurielle, ces accidents s'amendèrent un peu. Enfin, neuf ans après le début des accidents, on constatait chez la malade : une atrophie du nerf optique des deux côtés, le défaut de réaction des pupilles à la lumière, une paralysie de l'oculo-moteur commun à droite, l'abolition du phénomène du genou des deux côtés, bref, un ensemble symptomatique qui justifiait pleinement le diagnostic de tabès dorsalis, posé à cette époque.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la transsonance pulmonaire.
Sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début;
par le Dr Bloud. (Thèse de Paris, 1887.)

Les signes de tuberculose pulmonaire au début sont quelquefois difficiles à reconnaître, et la transsonance pulmonaire peut souvent rendre service.

L'auteur indique la méthode à suivre telle que M. Guéneau de Mussy l'a montrée : le malade est assis on debout, les bras pendant le long du tronc, les épaules effacés; il est préférable d'ausculter la partie postérieure, le sternum et la clavicule offrant au doigt qui percute des surfaces plus larges, plus sonores, que la crête des apophyses épineuses. Il est nécessaire de percuter, sur la peau nue, légèrement, avec un ou deux doigts recourbés en crochet et qu'on retire en arrière aussitôt qu'ils ont touché la surface sonore pour ne pas troubler les vibrations. Il convient de percuter successivement la partie supérieure du sternum et la face antérieure de la clavicule près de son bord inférieur. Pour explorer le sommet du poumon il faut placer l'oreille bien perpendiculairement sur la fosse sus-épineuse.

Les *caractères* du son fourni sont les suivants : chez l'homme sain le son est vibrant, métallique, non pénible à l'oreille, légèrement prolongé, comparable au bruit qu'on obtient en frappant sur le genou les deux mains réunies par leur face palmaire. Chez l'homme atteint de tuberculose initiale, le son n'est plus vibrant, il s'affaiblit, devient plus mat, et offre un certain caractère de sécheresse et de dureté.

De l'avenir des pleurétiques,
par le Dr Mayor. (Thèse de Paris, 1887.)

D'après l'auteur la presque totalité des cas de pleurésie dite franche, idiopatique, a frigore, cache une tuberculose.

L'étude attentive du poumon au-dessus de l'épanchement est plus importante pour le pronostic que l'étude de l'épanchement lui-même.

Le pronostic éloigné d'une pleurésie doit être très réservé.

Dans ses observations de tuberculose consécutive à une pleurésie, M. Mayor cite des cas dans lesquels la tuberculose s'est développée 17 ans, 18 ans, 24 ans même après la pleurésie.

Il nous semble exagéré de rattacher ces tuberculoses à des pleurésies ayant évolué 24 ans auparavant.

De la méningite tuberculeuse a forme de delirium tremens, par le Dr Sornas. (Thèse de Paris, 1886.)

Les signes décisifs de cette forme de méningite tuberculeuse ne peuvent être donnés d'une façon certaine.

Cependant on peut dire que la maladie est d'emblée caractérisée par une excitation cérébrale simulant le delirium.

Le délire est très marqué, la céphalalgie violente; il existe de la raideur des muscles du cou et de la nuque. On observe une hémiplégie qui frappe quelquefois tout un côté du corps; plus fréquemment la face seule et s'accompagne assez souvent de strabisme, d'inégalité pupillaire et de mydriase.

Le pouls est lent, irrégulier, il existe des troubles de la respiration dans la période terminale.

Les vomissements et la fièvre manquent habituellement.

La méningite tuberculeuse à forme de delirium tremens a une marche plus rapide que la méningite tuberculeuse ordinaire.

Le pronostic est des plus graves et le traitement presque toujours incapable d'empêcher une terminaison mortelle.

Nervosisme et névrose. Hygiène des énervés et des névropathes, par le Dr Cullerre. (Paris, 1887, Baillière et fils.)

Dans la préface de son livre M. le Dr Cullerre s'adresse aux praticiens et « aux névropathes qui y puiseront quelques enseignements profitables à leur santé ».

Nous ne sommes pas de l'avis du Dr Cullerre : loin d'être profitable aux névropathes, ce livre ne servirait, selon nous, qu'à troubler davantage leur moral déjà malade ; ce serait un mauvais service à rendre à un *nerveux* que de lui conseiller de lire un livre de médecine qu'il comprendrait imparfaitement : à plus forte raison ne doit-on pas lui confier un ouvrage écrit soi-disant pour lui, et contenant des détails précis et clairs sur les névropathies.

Le livre du Dr Cullerre s'adresse bien plutôt aux praticiens qui ne se livrent pas d'une manière exclusive à l'étude des maladies nerveuses. C'est à ce titre que nous le recommandons, persuadé que le médecin y trouvera de précieux renseignements, et des notions exactes sur les névroses et les névropathes.

L'auteur commence par montrer que les troubles du système nerveux sont la maladie du siècle; il étudie avec grand soin les *nerveux*, et insiste sur toutes les causes qui favorisent le développement des névroses. Il explique l'influence de l'âge, du sexe, des maladies, des habitudes, des milieux, des aliments, des boissons, etc., sur le développement des névroses.

On lira avec grand profit les chapitres consacrés à l'hygiène des névropathes. « Pour modérer les effets des passions, dit le Dr Cullerre, et surtout pour en prévenir l'explosion, il faut avoir recours à l'éducation, c'est-à-dire à la culture raisonnée de la nature de l'homme sous le triple aspect physique, intellectuel et moral. Nous avons çà et là indiqué les principes à suivre pour atteindre le but cherché : c'est en développant la vigueur physique et intellectuelle qu'on arrive à dominer la partie sensible de notre être... »

A. Martha.

BULLETIN

Du rôle de l'Académie de médecine dans le mouvement scientifique. — Le strophantus dans les maladies de cœur. — Le microbe et le poison de la diphthérie. — La direction de la santé et de l'assistance publiques.

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. Hérard a retracé, suivant la tradition, l'historique des travaux de l'Académie de médecine pendant l'année qui vient de finir. Cet exposé, net, précis, impartial a été accueilli par de justes et unanimes applaudissements. Notre honorable confrère a en, chemin faisant, l'occasion de définir le rôle qui appartient à l'Académie dans le mouvement scientifique de nos jours. Si, par les questions qu'elle propose, les prix qu'elle décerne, la large hospitalité et le retentissement de sa tribune, elle encourage, stimule les recherches nouvelles, d'autre part, dans les rapports dont ces mêmes recherches sont l'objet, dans les dis-

cussions mûries auxquelle elle les soumet, dans les conclusions réfléchies qu'elle vote, la savante compagnie exerce un contrôle sévère et ne donne droit de cité, dans la science ou la pratique, qu'aux découvertes réellement consacrées par l'observation ou l'expérience. C'est donc un rôle essentiellement pondérateur que joue l'Académie et, au milieu de la fièvre expérimentale qui caractérise notre époque, alors que chacun se presse de publier ce qu'il croit avoir trouvé, dans la crainte d'être devancé par son voisin, ce rôle ne laisse pas d'être des plus utiles.

— On en pourra juger sans doute par le débat actuel sur l'emploi thérapeutique du strophantus. Il est peu de médicaments qui, depuis environ dix-huit mois, aient été l'objet de recherches et de communications aussi nombreuses, en France ou à l'étranger. Il en est peu, néanmoins, dont les propriétés physiologiques et thérapeutiques soient encore aussi discutées. Cela tient à plusieurs causes: d'abord à la multiplicité des espèces botaniques qui ont fourni l'agent médicamenteux; ensuite à la variabilité des préparations pharmaceutiques auxquelles cet agent a donné lieu; enfin aux conditions expérimentales dans lesquelles on s'est placé, ici expérimentation purement physiologique, là expérimentation clinique. Il est temps d'apporter un peu d'ordre et de méthode dans la comparaison de ces recherches et des résultats qu'elles ont fournis. C'est comme clinicien que, dans sa communication magistrale de mardi dernier, M. Bucquoy a fait connaître ceux qu'il a obtenus. Pour lui, l'extrait de strophantus, à la dose de 2 à 4 miligrammes par jour, est un médicament cardiaque de premier ordre, qui se place à côté de la digitale, et doit même lui être préféré dans certains cas, dans les lésions mitrales, par exemple. La discussion est ouverte et il en sortira certainement des renseignements propres à éclairer le praticien et à dissiper les doutes qui, jusqu'à présent, en France du moins, l'ont tenu dans une prudente réserve.

— En parlant plus haut de la fièvre d'expérimentation qui règne de nos jours, nous n'avons eu nullement l'intention de formuler une critique. S'il faut se garder d'accueillir facilement les résultats par trop hâtifs, on ne saurait trop applaudir aux recherches qui, à l'exemple de celles de MM. Roux et Yersin sur le microbe et le poison de la diphthérie (1), permettent d'espérer une action plus puissante de la thérapeutique dans le traitement d'une maladie si meurtrière et si rebelle jusqu'à présent aux moyens qu'on lui oppose.

Reprenant les études expérimentales de Klebs, Lœffler, G. Hoffmann, etc., sur le bacille de la diphthérie, MM. Roux et Yersin ont constaté dans les produits diphtéritiques l'existence de ce bacille, tel que l'a décrit le premier de ces auteurs, et ont apporté, à l'appui de sa spécificité, un fait démonstratif que n'avaient pu observer les autres expérimentateurs: le développement de la paralysie diphthéritique à la suite d'inoculations dans le pharynx et la trachée, ou d'injections dans les veines, de cultures du bacille. La maladie provoquée ainsi chez les animaux en expérience est en tout identique à la diphthérie de l'homme.

Mais ce n'est pas tout. MM. Roux et Yersin, s'étant assurés que le bacille de Klebs n'agit sur les animaux qui ont succombé à l'infection diphthéritique, qu'au niveau des fausses membranes, ou du point d'inoculation, et nullement dans les organes, en ont conclu que ce bacille agit par le poison qu'il secrète, et ont recherché ce poison dans les bouillons de culture.

« Filtrant sur porcelaine, disent-ils, une culture dans du bouillon de veau, après qu'elle est restée sept jours à l'étuve, tous les microbes sont retenus par le filtre, et le liquide obtenu est parfaitement limpide et légèrement acide. Il ne contient aucun organisme vivant; laissé à l'étuve, il ne se trouble point; ajouté à du bouillon alcalin, il ne donne pas de culture; introduit aux doses de 2 à 4 c.c. sous la peau des animaux, il ne les rend pas malades. Il n'en est plus ainsi si on emploie des doses plus fortes, si l'on injecte, par exemple, 35 c.c. dans la cavité péritonéale d'un cobaye ou dans les veines d'un lapin. Immédiatement après l'opération, le cobaye paraît bien portant; mais, après deux ou trois jours, son poil se hérisse, il ne mange plus, un écoulement sanguinolent se produit quelquefois par l'urèthre, la faiblesse de l'animal va en augmentant, sa respiration devient irrégulière, et il meurt le 5e ou le 6e jour après l'injection. A l'autopsie, les ganglions des aisselles et des aines sont congestionnés, tous les vaisseaux sont dilatés, surtout ceux des reins et des capsules surrénales, l'urine est parfois sanglante; il y a des ecchymoses le long des vaisseaux, et les plèvres contiennent un épanchement séreux. »

L'intensité et la rapidité des accidents sont en rapport avec la quantité de poison contenu dans la culture. Si, d'autre part, on compare les effets des injections de cultures dépouillées de microbes à ceux des inoculations d'une culture fraîche de bacilles de Klebs, les symptômes et les lésions observés de part et d'autre sont identiques. Les animaux, comme les souris et les rats, réfractaires au bacille, le sont aussi au poison diphthéritique.

De quelle nature est ce poison? Est-ce un alcaloïde ou une diastase? La diminution de son activité, sous l'influence de l'air et de la chaleur, tend à faire admettre la seconde hypothèse. Peut-on, avec le poison ainsi atténué, obtenir chez les animaux l'accoutumance, puis l'immunité contre la diphthérie? Ce point capital est l'objet de nouvelles recherches de la part de MM. Roux et Yersin.

En attendant, ils ont relevé un fait qui a des conséquences pratiques de premier ordre, c'est que le microbe de la diphthérie ne se développe que sur une muqueuse déjà malade. On ne saurait donc négliger, dans tous les cas d'angine, même la plus bénigne chez les enfants, de pratiquer des lavages phéniqués de la bouche et du pharynx, l'acide phénique étant l'antiseptique le plus efficace de la diphthérie. Il est possible que le bacille de Klebs, ainsi qu'un fait de Lœffler tendrait à le montrer, existe normalement dans la bouche et reste inoffensif tant que la muqueuse est saine.

Un autre point nous paraît ressortir du travail de MM. Roux et Yersin. Si, comme ils l'ont constaté, le bacille de Klebs ne se développe et pullule qu'au niveau des fausses membranes, l'infection générale, due au poison qu'il sécrète, est toujours secondaire, et dès lors peut et doit être prévenue par un traitement local antiseptique et suffisamment énergique de la partie envahie par les fausses membranes. Il est bon de noter, du reste, que le traitement local de l'angine diphthéritique reprend de plus en plus de crédit parmi les cliniciens.

— Enfin, voilà le but poursuivi depuis si longtemps par les hygiénistes atteint: il existe une *Direction de la santé et de l'assistance publiques*, reliée au ministère de l'intérieur. Certes, tout

(1) *Annales de l'Institut Pasteur* du 25 décembre 1888.

n'est pas fini avec le décret qui consacre cette réforme. D'abord, et l'on se demande pourquoi, il est tel service, celui des établissements insalubres, par exemple, qui demeure rattaché au ministère du commerce. En second lien, sur cinq bureaux que comprend la nouvelle direction, quatre sont consacrés à l'assistance publique, et un à la santé publique. La part faite à celle-ci semble bien restreinte, si l'on songe à la multiplicité des services à créer ou à réorganiser. Mais ce ne sont là que des questions de détail qui recevront sans doute ultérieurement et tout naturellement leur solution pratique. Ce dont il faut avant tout se féliciter, c'est de voir cette concentration des services publics d'hygiène et d'assistance effectuée sous la direction d'un homme dont la compétence et l'activité doivent inspirer toute confiance.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Création d'un bureau municipal d'hygiène a Toulouse. — Le Conseil municipal de Toulouse vient de décider la création dans cette ville d'un bureau municipal d'hygiène semblable à ceux qui existent déjà dans plusieurs villes de France. Tous les centres importants devraient être dotés d'une institution analogue. C'est ce qui arrivera sans doute, pour peu qu'on favorise les efforts de l'impulsion donnée par la ville du Havre.

— Le « Rapide » dans le traitement préventif de la rage. — *Quid si morsus?* écrit M. Diday, dans le *Lyon médical*, en s'adressant à son ami, M. Rodet et, répondant lui-même à sa question, notre spirituel confrère répond :

« Ce que je ferais ?... Eh bien, cher collègue, la plaie ayant été aussi vite et profondément cautérisée que possible, je choisirais la voie la plus courte ; *je prendrais le Rapide.*

« Le Rapide?... Si c'est là votre ingénieux perfectionnement! vous entends-je murmurer.

« Pardon, mon cher collègue, je prendrais le rapide... *dans les deux sens*. Je ne monterais pas seul en wagon ; je prierais mon ami Ollier de m'accompagner, muni de sa boîte à trépan. Et sitôt débarqué, j'irais à l'Institut me faire pratiquer l'inoculation intracranienne... »

En se faisant cautériser profondément au siège de la morsure, notre excellent confrère commet un acte de scepticisme à l'égard de la méthode pastorienne, mais il le rachète vite en venant s'offrir bravement à l'inoculation intracranienne. Il trouvera de nombreux imitateurs pour le premier cas ; il est à craindre que, pour le second, il ne soit pas gêné par ses voisins dans le *Rapide*.

Le Jubilé de Pettenkofer. — A l'occasion du 70e anniversaire de la naissance de Pettenkofer, une députation de professeurs, ses collègues de la ville de Munich, a recueilli une somme de 10,000 marcks, auxquels sont venus s'ajouter 5,000 autres souscrits par la ville de Leipzig, sans compter 300 marcks offerts par les élèves. Le montant de cette souscription doit servir à fonder un Institut qui portera le nom de Pettenkofer et perpétuera ainsi le souvenir de l'activité scientifique et philanthropique du célèbre professeur.

La fièvre typhoïde a Vienne. — La capitale de l'empire d'Autriche avait vu cesser, depuis qu'elle était approvisionnée d'une eau de table de bonne qualité, les épidémies de fièvre typhoïde qui la ravageaient presque chaque année. Mais durant les sept derniers mois, la diothénentérie a fait un retour offensif, à ce point que de 20 cas qui s'étaient déclarés en juin, le chiffre s'est élevé à 32 cas en novembre et à 40 pour la première moitié de décembre.

On se demande, et les autorités intéressées recherchent quelles peuvent être les causes de cette nouvelle épidémie.

Transport des blessés sur les charrettes des paysans. — La civière de Merke, imaginée en Allemagne, il y a quelques années, est destinée au transport des blessés sur les charrettes des paysans; elle amortit efficacement, disent les Archives de médecine et de chirurgie militaire, les cahots des véhicules les plus primitifs au moyen d'un système de ressorts.

D'après la *Revue illustrée de polytechnique médicale*, le docteur von Haase, médecin militaire à Hanovre, y ajoute quelques perfectionnements qui permettent d'utiliser tous les genres de voiture et tout l'espace qu'elles peuvent offrir. Il recourbe en anneaux les extrémités ouvertes des bras des ressorts (qui, dans le dispositif primitif, sont vissés directement sur les ridelles(et enfile dans ces anneaux deux bâtons, qui, fixés aux ridelles par des cordes, permettent de placer le brancard dans la longueur ou en travers de la voiture. Enfin, von Haase utilise comme montants le bambou, qui est à la fois très résistant et très léger : un montant de bambou ne pèse pas 1 kilogramme.

Une nouvelle législation sanitaire en Italie. — La Chambre des députés a voté le 18 décembre, à une grande majorité, le nouveau règlement sur l'hygiène et la santé publique.

Prophylaxie des accidents du travail. — On sait qu'une exposition d'appareils destinés à protéger les ouvriers contre ces accidents s'ouvrira à Berlin en 1889. — Le Mouvement hygiénique nous apprend qu'une commission vient de se constituer à Bruxelles, sous la présidence de M. d'Andrimont, pour organiser la participation de la Belgique à cette exposition. Des comités régionaux ont dû se constituer dans chacune des villes industrielles du pays en vue de provoquer les adhésions.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le Dr Verjon, médecin inspecteur honoraire des Eaux de Plombières. Notre regretté confrère a succombé, le 6 janvier, à une longue maladie, qui l'avait obligé à une retraite prématurée.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Pitres, nommé doyen pour cinq ans le 14 novembre 1885, vient de donner sa démission qui a été acceptée par le ministre.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Linossier, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de chimie minérale.

Un congé est accordé pour raisons de santé, du 1er décembre 1888 jusqu'à la fin de l'année scolaire, à M. Glénard, professeur de chimie.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté en date du 5 janvier 1889, la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour se faire inscrire.

Facultés de médecine et écoles supérieures de pharmacie. — Par décret en date du 30 décembre 1888, les traitements des professeurs de Facultés et Écoles supérieures de pharmacie sont établis comme suit :

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Destrez. Du traitement hygiénique de la phthisie pulmonaire dans les établissements fermés. — M. Teillard. Contribution à l'étude du traitement de la métrite hémorrhagique.

M. Courtade. Contribution à l'étude thérapeutique de la digitale dans les affections organiques du cœur. — M. Hamon. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire idiopatique chez les enfants. — M. Decamps. Etude sur les fractures de l'extrémité supérieure du bras (Anatomie pathologique, diagnostic et traitement par l'appareil d'Hennequin.). — M. Chanteloube. De l'amputation anaplastique du col. — M. Bull. Les verres de lunettes.

M. Andrerey. De la fièvre typhoïde chez les cardiaques. — M. Puech. Etude sur le traitement du goître par les injections interstitielles de teinture d'iode. — M. Natier. Fièvre des foins, pathogénie et traitement. — M. Jacoby. L'immunité et l'aptitude. — M. Pages. Contribution à l'étude de la pexine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 23 DÉCEMBRE 1888 AU SAMEDI 5 JANVIER 1889 (2 semaines).

Fièvre typhoïde 26. — Variole 9. — Rougeole 85. — Scarlatine 9. — Coqueluche 5. — Diphthérie, croup 82. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 309. — Autres tuberculoses 35. — Tumeurs : Cancéreuses 92. — Autres 7. — Méningite 62. — Congestion et hémorr. cérébrales 127. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 13. — Bronchite aiguë 65. — Bronchite chronique 95. — Bronchopneumonie 59. — Pneumonie 119. — Gastro-entérite des enfants : Sein 8. — Biberon 38, — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 32. — Sénilité 30. — Suicides 43. — Autres morts violentes 25. — Autres causes de mort 340. — Causes inconnues 26. — Total des 2 semaines : 2003 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE. — *Hygiène de la vue*, par H. Galezowski, professeur d'ophtalmologie et A. Kopff, médecin-major de 1re classe. — Paris, 1888, 1 volume in-16 de VIII-328 pages avec 44 figures, 3 fr. 50. — Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les Anomalies de la vision, par le Dr Imbert, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier. Avec une introduction par E. Javal, membre de l'Académie de médecine. — Paris, 1889, 1 volume in-16 de 376 pages avec 48 figures, 3 fr. 50. — Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie F. LEVÉ, rue Cassette, 17.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.)

REVUE GENERALE

DE L'HYOSCINE

I.

L'hyoscine est un alcaloïde isomère de l'hyoscïamine et de l'atropine ; on ne l'obtient pas cristallisée. On se sert de préférence en thérapeutique des sels d'hyoscine, chlorhydrate, bromhydrate et iodhydrate. Le chlorhydrate d'hyoscine serait, d'après Kobert, préférable aux deux autres, son action étant tout à la fois plus sûre et plus marquée que la leur. Il se présente sous la forme de cristaux, de couleur blanchâtre, et sa solubilité dans l'eau est très grande, ce qui permet de l'utiliser en injections hypodermiques.

Presqu'en même temps, MM. Gley et Rondeau (1) en France, M. John Tweedy (2) à Londres et M. Mitchell Bruce (3) en Amérique, firent les premières recherches sur l'action physiologique de l'hyoscine et signalèrent principalement son action mydriatique. Les conclusions auxquelles ils arrivèrent les uns et les autres sont les mêmes et tendent à montrer l'hyoscine comme un mydriatique puissant, très utilisable dans la thérapeutique oculaire, et présentant l'avantage de posséder une action plus prolongée que l'atropine. Sur le lapin et sur le chien, il suffit d'instiller dans un œil une goutte d'une solution au 1/1000 de chlorhydrate d'hyoscine pour qu'il se produise au bout de sept à huit minutes une dilatation pupillaire très marquée et une paralysie complète de l'accommodation. Trente minutes après, le même effet, mais un peu moindre, s'observe sur l'autre œil. Sur l'homme cette action est encore plus énergique, et une goutte de la même solution détermine une paralysie de l'accommodation qui peut durer près de cinq jours (Gley et Rondeau). Sur un chien choréique une injection de 0,01 détermina le sommeil et l'arrêt des mouvements.

MM. Mairet et Combemale (1) expérimentèrent le bromhydrate d'hyoscine sur un chat. Ils observèrent également la grande puissance mydriatique de ce sel et, en outre, des troubles musculaires et des troubles nerveux. Pendant quelques heures, après l'injection, l'animal a de l'hyperexcitabilité musculaire, mais ensuite il présente de la dépression et même un véritable état parétique.

Le singe a des hallucinations de l'ouïe et de la vue, puis il tombe dans un sommeil de plus en plus profond, qui peut persister très longtemps s'il a absorbé une forte dose d'hyoscine. Dans ce dernier cas, l'animal reste très affaissé après son réveil ; il maigrit, a de la diarrhée et présente un abattement considérable. Ces phénomènes, rapprochés de la persistance de la dilatation pupillaire, semblent indiquer que le bromhydrate d'hyoscine s'élimine lentement de l'économie. Pour Kobert, l'hyoscine s'élimine en nature par les urines.

(1) Gley et Rondeau. Société de Biologie. Séance du 29 janvier 1887.
(2) John Tweedy. The Lancet, 4 décembre 1886.
(3) Mitchell Bruce. The Practitioner, novembre 1886.

(1) Mairet et Combemale. Société de Biologie, séance du 23 avril 1887.

FEUILLETON

RAPPORT GÉNÉRAL

A M. LE MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

SUR LE SERVICE MÉDICAL

DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE

Pendant l'année 1886, fait au nom de la commission permanente des eaux minérales de l'Académie de médecine, par M. Albert Robin.

(Suite.)

II.

Il est encore une question de pratique que l'Académie voudrait recommander aux méditations des médecins qui exercent aux eaux minérales. Il s'agit du régime et de l'hygiène à suivre pendant la cure. Les médecins allemands font grand bruit des précautions que l'on prend dans certaines stations, comme Carlsbad, par exemple, pour l'alimentation des baigneurs ; et c'est, pour beaucoup d'étrangers, un fait acquis, que l'on ne tient pas assez compte, dans les stations françaises, du régime des malades.

En réalité, la méthode allemande, qui formule ses règles d'après l'action supposée de l'eau minérale sur l'organisme et souvent aussi d'après la tradition, en arrive, dans quelques villes d'eaux, à soumettre indistinctement tous les patients à des prescriptions banales, qui prennent vis-à-vis du public la valeur d'articles de foi et où la routine tient la place prépondérante.

L'idéal à atteindre est différent : il faudrait modifier les règles de l'hygiène et du régime suivant la nature et la cause des états morbides, les conditions d'âge, de constitution, etc., particulières à chaque malade. Ces modifications seront extrêmement variables, suivant les stations, puisqu'elles seront fondées, d'une part sur la nature des eaux, d'autre part sur les conditions inhérentes aux états pathologiques qu'on y traite.

Quelques médecins éclairés ont tenté cette réforme, et parmi eux, M. Sénac, médecin consultant à Vichy, s'est demandé s'il était possible de conseiller au plus grand nombre des malades qui fréquentent Vichy, un fonds commun de prescriptions alimen-

Dans un travail très complet, Kobert (1) étudia l'action physiologique de l'hyoscine et surtout son action hypnotique. Elle exerce une influence très grande sur le cœur, aussi bien sur celui de la grenouille que sur celui des animaux à sang chaud. Elle ralentit le cœur et par suite le pouls. Elle paralyse les muscles moteurs de l'intestin, diminue les sécrétions, sueur et salive, tout comme l'atropine. Kobert fait un grand éloge de son action hypnotique qu'il utilise avec succès pour calmer un grand nombre de ses malades aliénés.

II

Les effets physiologiques de l'hyoscine sur l'homme sain se rapprochent beaucoup de ceux que donne la belladone. Gley et Kobert avaient déjà remarqué cette analogie, qui a frappé depuis tous les expérimentateurs et particulièrement M. Haynes (2), de Philadelphie, qui insistent beaucoup sur elle. L'hyoscine a aussi des effets qui lui sont propres et qui paraissent la ranger parmi les médicaments dont l'action s'exerce surtout sur le système musculaire.

Comme la belladone, l'hyoscine agit sur la pupille qu'elle dilate avec une rapidité extrême, elle est même plus active qu'elle et plus sûre dans ses effets. En cinq on huit minutes, dit M. Rémy, en huit à dix minutes, dit M. Trousseau qui l'expérimenta à la Clinique des Quinze-Vingts, la pupille est dilatée au maximum, l'iris presque effacé. D'après M. Trousseau, son action serait plus rapide que celle d'une semblable solution (1 p. 100, une à trois gouttes) de duboisine, d'atropine ou d'homatropine. Elle dure très longtemps : au bout de vingt-quatre heures, la mydriase est la même que quelques instants après l'instillation, et le surlendemain elle persiste encore quoique atténuée. En général, son instillation ne produit ni douleurs ni symptômes réactionnels ; cependant, dans deux cas où il avait dépassé la dose habituelle et laissé tomber dans l'œil cinq gouttes de la solution, M. Rémy vit ses malades présenter de la titubation et des vertiges pendant près d'une heure. Les essais de MM. Rémy et Trousseau (3) furent faits sur un nombre assez considérable de malades et leur permirent de bien préciser l'action mydriatique de l'hyoscine.

La dilatation pupillaire fut observée non seulement par les oculistes et les physiologistes, mais encore par tous les médecins aliénistes qui se servirent de l'hyoscine comme hypnotique. Deux d'entre eux, Haynes et Erb constatèrent en outre des troubles de la vision et particulièrement de la diplopie. Il est probable que ces symptômes sont habituels, mais les malades en expérience étant des aliénés peuvent difficilement les faire connaître ; peut-être aussi sont-ils pour quelque chose dans la genèse des hallucinations que l'hyoscine occasionne si souvent.

Une rougeur intense du visage et un sentiment général de chaleur, de la sécheresse de la bouche et de la gorge, de la diminution de la transpiration sont les autres effets que l'hyoscine a de communs avec la belladone et qu'elle produit avec une intensité remarquable. Ils ne manquent presque jamais et nous les trouvons signalés par tous les auteurs. Ce sont des signes d'intoxication qui doivent engager à ne pas renouveler les doses et à surveiller le malade. En outre, une parésie musculaire très manifeste apparaît au bout de quelques instants ; le sujet devient inerte, paresseux, tout mouvement le fatigue, il laisse tomber ses bras le long du corps et demande à aller se coucher. Cette faiblesse musculaire est le prélude de la somnolence et du sommeil sur lesquels nous allons insister maintenant.

Du côté du cœur, de la respiration et de l'appareil digestif, rien de bien caractéristique n'a été observé jusqu'à présent.

III

Cliniquement c'est, soit comme hypnotique, soit comme calmant dans certaines maladies nerveuses, que l'hyoscine a été employée. Son action hypnotique, évidente chez les animaux, a été mise à profit chez l'homme et, actuellement en Allemagne dans un grand nombre d'asiles d'aliénés, on l'utilise autant et peut-être même plus que celle du chloral, de la paraldéhyde, de l'uréthane et des autres médicaments du même genre. En France, on ne s'en est pas encore servi, à ma connaissance du moins, comme agent thérapeutique.

La dose à laquelle on l'emploie est toujours très faible. Erb (1) ne dépasse pas 1 milligramme en injection sous-cutanée et le plus souvent s'en tient à 2 ou 3 dixièmes de milligramme ; il a vu un commencement d'intoxication se produire sous l'influence d'une dose de 6 dixièmes de milligramme. En général, les autres expérimentateurs ont employé une dose variant de 0,0005 à 0,001, et l'un d'eux en

(1) Kobert. Ueber die Wirkungen des Salzauren hyoscius. Archiv für exp. Path. XXII, mars 1887.
(2) Haynes. Therapeutic Gazette. Septembre 1886.
(3) Cités dans une communication de MM. Gley et Rondeau. Société de biologie, 19 mars 1887.

(1) Erb. Ueber hyoscin, *Therapeut. Monatsh.* N° 7, 1887.

---

taires et hygiéniques, auxquelles doivent nécessairement s'ajouter des indications particulières commandées par la nature même des accidents que l'on veut combattre. Le mémoire que M. Sénac a rédigé pour résoudre ce problème comprend des règles fort simples et de la plus facile exécution. Les praticiens y trouveront un exposé à la fois clair et complet du régime alimentaire qu'il faut suivre à Vichy, et il serait bien à désirer que le même travail fût fait pour chacune de nos grandes stations françaises.

Malheureusement, le temps n'est plus où les menus de table d'hôte étaient soumis à l'appréciation des médecins, comme cela se pratique encore dans quelques stations de l'étranger ; la fantaisie des maîtres d'hôtel et le caprice des malades sont les seules lois directrices du régime. Il est donc urgent que les médecins hydrologues, après qu'ils auront bien établi les prescriptions alimentaires spéciales à leur station, insistent individuellement auprès de leurs malades pour que ceux-ci suivent scrupuleusement le régime qui leur est prescrit. Avec de la fermeté et un peu d'union, ils arriveraient à faire comprendre aux malades et aussi aux hôteliers, combien il leur serait profitable, à tous les points de vue, de ne pas se départir, dans le choix de leurs menus, d'une stricte observance des règles de l'hygiène thermale.

Dans cette voie, tout est à faire ! Ne craignons pas de le dire hautement. Qu'il s'agisse d'une station française ou étrangère, tout est créé pour distraire le baigneur et frapper ses yeux, mais personne ne songe à son hygiène. Et ce n'est pas seulement du régime qu'il s'agit : sans parler d'établissements qui, sous les dehors les plus luxueux, cachent les installations les plus pitoyables, de l'absence ou de l'insuffisance des égouts, du système partout imparfait des vidanges, n'y a-t-il pas lieu de surveiller de plus près les eaux destinées à l'alimentation, et ne sait-on pas que dans quelques stations, il n'existe d'autres eaux de table que celles qui proviennent de puits plus ou moins contaminés ?

Comme l'a fait énergiquement remarquer M. le Dr Bouloumié, médecin consultant à Vittel, dans un travail sérieux lu à la Société de médecine publique (1), y a-t-il une station dans laquelle

(1) D. P. Bouloumié. De la police sanitaire dans les villes d'eaux. *Revue d'hygiène*, mai 1887.

particulier, Salgo, n'hésite pas à en donner jusqu'à 2 et 3 milligrammes par jour. Jamais il n'a vu survenir d'accidents. Cette divergence d'opinions nous donne à penser que la qualité de l'hyoscine dont on s'est servi dans les différents asiles était très variable. J'ai constaté que l'injection était parfois très douloureuse, et le même fait avait déjà été signalé par Kühlwetter (2).

Au bout de dix minutes, selon les uns, d'une demi-heure selon les autres, après l'injection, la somnolence arrive. Elle est le plus souvent précédée d'une phase pendant laquelle l'aliéné est peut-être plus excité qu'auparavant et se trouve en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais bientôt cette agitation cesse pour faire place à une période de calme; il cesse de crier et de marcher, il s'assoie dans un coin de la salle en s'appuyant contre le mur, ou cherche à s'étendre à terre; les membres deviennent paresseux et ne peuvent plus soutenir le corps, la tête s'incline sur la poitrine et tous les mouvements cessent. Si on interpelle le malade et si on veut le faire changer de place, on se heurte à son inertie, il répond avec lenteur, et l'on voit sans peine qu'il voudrait remuer, crier, donner cours à sa colère, mais qu'il n'est pas obéi par ses muscles qui ne sont presque plus soumis à l'action de la volonté. Il ressemble à certains égards à un animal qui a été curarisé. Puis, si on le met sur son lit, il reste dans un état de demi-sommeil et de demi-conscience pendant plusieurs heures. Il ne dort cependant pas et reste encore sensible aux excitations extérieures; c'est ainsi que Salgo nous le montre suffisamment éveillé pour prendre son repas, quitte à retomber ensuite dans sa torpeur. Cependant, quand la dose du médicament a été suffisante et que le sujet est sensible à son action, le sommeil est complet et sa durée la plus habituelle est de six à huit heures. Quelquefois, il peut durer davantage, douze et même vingt-quatre heures. La rapidité et l'intensité de l'action hypnotique varient non seulement selon les sujets, mais encore sur le même individu en vertu de circonstances qui nous échappent. Les femmes sont particulièrement sensibles à ce médicament, ainsi que certains malades, tels que les phtisiques et les épileptiques; chez eux, on peut déterminer des signes d'empoisonnement après une injection de 2 à 3 dixièmes de milligramme. Chez les hommes vigoureux, 0,0007 à 0,001 sont nécessaires pour amener le

(1) Salgo. Die Wirkung des hyoscins. *Centralblatt für die Gesammte Therapie*. Juin, 1888.

(2) Kühlwetter. Beobachtungen über Anwendung des Hyoscins bei Geiteskranken. *Irrenfreund* n° 7, 1887.

sommeil et encore échone-t-on quelquefois. Toutes les fois qu'il existe une lésion organique quelle qu'elle soit, l'hyoscine est contre-indiquée, car elle peut amener des accidents; mais c'est surtout dans les maladies du cœur qu'il faut éviter de s'en servir. Elle exerce en effet sur le cœur, par l'intermédiaire du pneumogastrique, une action paralysante qui commence par ralentir les contractions de cet organe et qui peut, s'il est déjà souffrant, déterminer son arrêt.

L'hyoscine est donc un excellent hypnotique, mais encore ne faut-il pas l'employer indifféremment dans toutes les maladies où l'on constate de l'insomnie. C'est ainsi qu'elle ne réussit à peu près jamais à ramener le sommeil chez l'homme bien portant qui dort mal, parce qu'il se surmène ou parce qu'il a des préoccupations morales. Je viens de dire qu'elle était dangereuse quand il s'agissait des maladies organiques; il ne reste donc que les maladies mentales avec agitation et insomnie où son action soit utile, et encore faut-il distinguer parmi elles, Eugen Konrad (1), qui l'a beaucoup expérimentée, n'a pas eu à se louer d'elle dans les cas de manie aiguë avec agitation extrême où elle n'agissait à peu près pas, augmentant même les hallucinations et les rendant terrifiantes; il la recommande seulement dans les périodes d'agitation qui surviennent si souvent au cours de la manie chronique où elle agit merveilleusement en produisant un calme complet pendant plusieurs heures. Ni lui ni d'autres n'ont jamais observé que les symptômes d'aliénation aient diminué après son emploi prolongé. Au contraire, une fois la période de calme passée, l'agitation reparaît plus forte qu'auparavant. Aussi conseille-t-on peu l'hyoscine dans les psychoses curables. Pour E. Konrad, c'est un médicament que l'on doit réserver aux chroniques et qui permet de ramener chez eux un calme temporaire. C'est presque un moyen disciplinaire. Dans la lypémanie simple et dans la mélancolie anxieuse avec insomnie, elle a des résultats excellents. Il n'en est pas de même dans l'épilepsie avec aliénation où on l'a vue déterminer, en même temps qu'une dilatation pupillaire excessive, une grande agitation et des hallucinations terrifiantes. Kohert l'emploie à peu près dans toutes les psychoses, lorsqu'il n'y a pas de lésions organiques. Dans les cas où elle est indiquée, l'hyoscine est plus puissante que la plupart des autres hypnotiques, et Konrad l'a vue réussir chez un aliéné atteint de manie intermittente où le chloral (4 grammes) et la morphine (0,12 centigrammes) avaient échoné. Je rappellerai ici que l'hyoscia-

(1) Eugen Konrad. Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des hyoscinum hydrochloricum. *Centralblatt f. Nervenheil. Psch.*, n° 18, 1888.

on prescrive les mesures hygiéniques suffisantes pour empêcher le développement d'une épidémie, alors que ces mesures peuvent léser les intérêts particuliers, compromettre la popularité de ceux qui les prescrivent ou attirer l'attention des baigneurs? En admettant qu'un malade soit atteint d'une maladie contagieuse, où et comment l'isolera-t-on, en l'absence de tout local approprié?

Le principe de l'intervention du gouvernement dans la police sanitaire des communes, principe sanctionné par la loi municipale du 5 avril 1884, reste purement théorique dans un grand nombre de stations sanitaires où les conflits d'intérêts privés paralysent l'action officielle des maires, des préfets et des conseils d'hygiène.

Ce qu'il faudrait, c'est que les médecins des stations balnéaires missent assez de côté les difficultés qui les divisent, pour se constituer en commissions médicales qui veilleraient à tout ce qui intéresse la santé publique dans l'établissement et dans la commune, qui saisiraient l'autorité compétente des réclamations qu'elles jugeraient urgentes, qui enfin ne craindraient pas de mettre à l'index tout hôtel ou tout établissement qui ne se conformerait pas aux prescriptions hygiéniques reconnues indispensables.

Le vœu de l'Académie est parfaitement réalisable; son exécution dépend uniquement de la bonne volonté et de l'entente des médecins; elle est d'ordre absolument privé et ne relève que de leur initiative.

La preuve en est donnée par ce qui se passe à Royat, où depuis cinq ans fonctionne une Société médicale dont le président, le vice-président, le secrétaire sont élus au scrutin. Les deux premiers sont rééligibles pour une deuxième année seulement; le secrétaire est rééligible pour plusieurs années.

Cette Société n'est pas scientifique; elle ne s'occupe que d'intérêts professionnels et de l'hygiène de la station. Son président est chargé de transmettre à l'administration des eaux minérales les plaintes relatives au service, aux modifications à apporter dans l'hygiène, etc. Il soumet au maire et au préfet les réclamations de la Société au sujet de la police sanitaire, de la voirie, etc. Les réponses sont adressées au président.

Tous les médecins exerçant à Royat au moment de la fondation

mine, à la dose d'un milligramme, m'avait donné des résultats tout aussi satisfaisants (1).

Erb a plutôt recherché quels étaient les effets de l'hyoscine dans les maladies nerveuses autres que l'aliénation. Il a pu constater qu'une dose très faible (0,0002 à 0,0005) suffisait pour provoquer de la lassitude, de la somnolence et même le sommeil chez les névropathes et les neurasthéniques. Ces derniers seraient, d'après lui, très sensibles à l'action de l'hyoscine et, chez l'un d'eux, une injection de 6 dixièmes de milligramme, amena des coliques vives et divers symptômes d'intoxication. Son action est surtout remarquable quand il s'agit de lutter contre les désordres de la motilité, par exemple dans la paralysie agitante. Rapidement le tremblement diminue et avec lui disparaissent les malaises vagues dont se plaignent les malades. Erb traita ainsi plus de 12 cas de paralysie agitante et toujours l'injection amenait plusieurs heures de calme, restituait aux malades la liberté de leurs mouvements et leur permettait de manger, de marcher et de vaquer à leurs diverses occupations. Parfois le tremblement disparaissait tout à fait pendant un intervalle de temps variant de quatre à huit heures. Il faut bien dire qu'il reparaissait ensuite tel qu'il était auparavant et que l'hyoscine n'exerçait aucune influence sur la marche de la maladie.

Employée contre les crampes musculaires et les tics elle réussit, mais non toujours, à donner quelques heures de calme. Dans un cas de torticolis spasmodique, elle amena une rémission durable, de même dans un cas de tétanie. Erb l'a peu expérimentée dans l'épilepsie et dans la chorée; dans un cas d'hémichorée grave une injection de 0,0008 d'hyoscine produisit l'arrêt complet des mouvements pendant une demi-journée. Kobert s'en est également très bien trouvé dans les névroses convulsives, la coqueluche et l'asthme et dans les affections douloureuses telles que les névralgies et l'entéralgie. Dans l'épilepsie, elle n'a donné que de mauvais résultats, car elle ne diminue ni le nombre ni la violence des crises et aggrave les malaises et les troubles psychiques consécutifs.

IV

Mon interne, M. Huyghes, a entrepris sous ma direction, dans mon service de l'Asile de Bailleul, une série d'expériences avec l'hyoscine sur des aliénés. Nous nous sommes servis du chlorhydrate d'hyoscine en injections sous-cutanées à la dose de un demi à un milligramme, et nous l'avons employé chez une série de malades atteintes de manie chronique avec agitation transitoire sans obtenir des résultats bien appréciables. Nos recherches sont encore trop incomplètes pour que nous puissions en tirer une conclusion valable, et nous nous contenterons de dire quelques mots à leur sujet.

Le chlorhydrate d'hyoscine, à la dose d'un demi-milligramme, est toujours resté à peu près sans action, ne calmant pas l'agitation et ne déterminant que très peu de symptômes dans le domaine du grand sympathique. Avec un milligramme quelques phénomènes sont à noter.

Au bout de quelques minutes, les malades se plaignent assez souvent de ressentir des douleurs vagues dans les bras et dans les épaules et même d'éprouver comme des piqûres d'épingle dans ces régions. La langue devient pâteuse, la bouche mauvaise, sèche avec un goût d'amertume; il y a diminution de la salivation et apparition de sueurs froides sur le front dans quelques cas. La dilatation des pupilles est à peu près constante, mais le moment de son apparition est très variable. Tantôt elle commence à se manifester dix minutes après l'injection et tantôt après une demi-heure seulement. Elle est la même sur chaque pupille et s'accompagne d'une paralysie complète de l'accommodation; la vue devient trouble et la lecture est impossible. Nous avons observé un fait qui nous a beaucoup surpris, car il n'a été signalé par personne et se trouve même en désaccord avec ce que disent tous les auteurs, c'est le rétrécissement des pupilles, une heure environ après le début de leur dilatation. Elles restent égales, mais deviennent très petites. Pareille chose ne se produit pas quand on provoque la mydriase en versant directement dans l'œil une goutte de la solution, la dilatation est alors très prononcée et durable.

Aucune de nos malades n'a présenté de parésie musculaire; une d'elles, dix minutes après l'injection, ressemblait à une femme ivre; elle titubait, s'appuyait contre les murs, chantait, était hallucinée, parlait avec volubilité, mais cet état ne dura pas et n'aboutit pas au sommeil. Nous n'avons jamais réussi à calmer l'agitation de nos aliénées et, en ce qui concerne l'action hypnotique de l'hyoscine, nous avons eu une certaine déception. Elle amène le sommeil, il est vrai, mais seulement trois ou quatre heures après avoir été injectée; grâce à elle, la nuit des malades est très calme et leur repos est complet jusqu'au matin. C'est déjà un bon résultat, mais nous avions espéré mieux. Nos expériences, nous le répétons, n'ont encore porté que sur un petit nombre de cas; nous nous proposons de

(1) G. Lemoine. De l'Hyosciamine comme hypnotique. *Gazette médicale de Paris*, 1888.

---

de la Société ont été admis à en faire partie; mais tout nouvel arrivant doit subir un scrutin qui précède un rapport sur la moralité du candidat.

Depuis qu'existe la Société médicale de Royat, plusieurs de ses vœux ont été pris en considération aussi bien par l'administration que par la Compagnie des eaux; d'autres seront adoptés dès que l'on disposera des crédits suffisants.

Et tout cela se fait sans bruit, sans querelle, avec une communauté d'action qui mérite vraiment d'être remarquée, au double point de vue de sa dignité et de ses résultats.

Voilà, certes, un spectacle bien encourageant et qui fait le plus grand honneur au corps médical de Royat. Il aura le mérite d'avoir montré l'exemple d'une union féconde que l'Académie appelle de tous ses vœux (1).

(1) Il existe à l'heure actuelle dans plusieurs grandes villes d'eaux, à Aix-les-Bains, en particulier, des Sociétés médicales plus ou moins récemment instituées. L'Académie n'a encore reçu aucun document qui permette de juger de leur activité.

(A suivre).

Hôpitaux de Paris. — Un nouveau service de chirurgie vient d'être créé à l'hôpital Tenon. M. Reclus passe de cet hôpital à l'hôpital Broussais; M. Felizet quitte l'hospice des Incurables (d'Ivry) pour Tenon; M. Richelot (de Bicêtre) passe également à Tenon; M. Kirmisson (du Bureau Central) est nommé à Ivry et M. Schwartz (du Bureau Central) remplace M. Kirmisson.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 9 janvier, M. Merget, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 8 janvier, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de 2e classe, M. Modelski (Gaston-Alexandre-Eugène), aide médecin de réserve, docteur en médecine.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Par arrêté du 9 janvier, M. Berthelot est nommé vice-président pour l'année 1889.

Hôpitaux de Marseille. — M. le Dr Gilly a été nommé, au concours, médecin-adjoint.

les poursuivre et peut-être obtiendrons-nous des résultats plus favorables que ceux que nous avons eus jusqu'à présent.

GEORGES LEMOINE.

GYNECOLOGIE

Opération d'Alexander, par E. POTHERAT, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Isoler dans le canal inguinal les deux ligaments ronds de l'utérus, les réséquer sur une certaine longueur, suturer le bout utérin à l'orifice externe de ce canal, voilà en quoi consiste l'opération d'Alexander. Ces ligaments se détachant de la partie antérieure des cornes utérines, tirer sur ces ligaments, c'est tirer sur l'utérus et tendre à l'amener en avant vers la symphyse pubienne.

Cette opération mérite-t-elle véritablement le nom d'opération d'Alexander; n'est-ce pas en France qu'elle a pris naissance, on tout au moins qu'elle a été prévue et même indiquée tout d'abord; ne vaudrait-il pas mieux l'appeler opération d'Alquié? c'est un point que je ne veux pas approfondir; les revendications à ce sujet se sont donné carrière, et ceux que la question intéresserait trouveraient tous les renseignements désirables dans la thèse de M. Manrique (Paris 1886) et dans l'excellent travail de notre distingué collègue et ami le Dr Beurnier (Les ligaments ronds de l'utérus, Paris 1886). Ce dernier travail leur montrera en outre l'importance anatomique et physiologique des ligaments ronds, un peu trop délaissés dans les traités classiques d'anatomie descriptive et même d'anatomie chirurgicale. Qu'il me suffise de dire que, opération d'Alquié, d'Adams, d'Alexander, d'Alexander-Alquié, d'Alexander-Adams, sont des appellations différentes d'une même action chirurgicale; la désignation d'Alexander seul, ou d'Alexander-Adams est la plus fréquemment employée. Ce que nous nous proposons particulièrement, c'est d'exposer le manuel de cette opération, manuel d'ailleurs décrit déjà dans ses grandes lignes par M. Beurnier, mais où certains petits points n'ont pas été mis en lumière. Tout praticien auquel l'usage du bistouri est un peu familier doit pouvoir exécuter cette opération, surtout si on lui fournit des détails un peu circonstanciés.

Normalement, l'utérus est en inclinaison antérieure pour tous les auteurs; une question de degré dans cette inclinaison sépare seule entre eux, Velpeau, Aran, Sappey, Tillaux, Richet, Schulze, etc... Nous admettions que ce sont les ligaments ronds qui maintiennent l'organe dans cette position, et celui-ci étant tombé en rétroversion avec ou sans rétroflexion, c'est sur eux que nous allons agir par traction pour le ramener en avant. Il faudra donc, pour que l'opération soit praticable, que l'organe soit réductible, c'est-à-dire qu'il devra être mobile, *non adhérent*. Cependant, Beurnier va trop loin quand il dit (p. 102) : « Il est parfaitement établi et connu de tous, et la logique simple le dit, que les adhérences de l'utérus sont une contre-indication *formelle*. » La logique même simple n'est pas un guide suffisant en médecine, pas plus que l'analogie; souvent l'une et l'autre sont renversées par les faits; et c'est ici le cas. Sans doute, lorsque, à la suite d'inflammations prolongées, l'utérus est comme scellé dans une masse compacte, lorsqu'il est en quelque sorte « maçonné », il n'y a pas à songer à lui rendre sa mobilité, on tout au moins jusqu'ici on n'y est pas arrivé. Mais en dehors de ces cas extrêmes, il en est d'autres, relativement nombreux, où un traitement approprié, une antisepsie sévère et prolongée, une sorte de massage utérin, etc..., parviennent assez rapidement à rendre à l'organe sa mobilité et permettent par conséquent de lui appliquer l'opération d'Alexander. Il me suffit d'invoquer à ce sujet le témoignage de M. Poullet (1) de Lyon, et de son élève, M. Rolland (2), pour justifier ce que j'avance; j'ai en outre été témoin, dans le service de M. Trélat, d'un nombre notable de faits analogues à ceux rapportés par ces deux auteurs. Ce point, du reste, est exposé tout au long dans la *Semaine médicale* (n° 27, 4 juillet 1888), où, dans une fort intéressante leçon, M. le professeur Trélat, avec le choix si heureux de mots qui lui est habituel, et son remarquable talent d'exposition, développe ce point particulier du traitement des déviations en arrière de l'utérus avec adhérences. C'est lui qui, le premier, eut l'idée, après avoir rendu à cet organe sa mobilité, de le fixer dans sa position normale par l'intervention sanglante, agrandissant ainsi notablement le champ de l'opération d'Alexander. Quelque intéressante que soit cette partie du traitement des déviations utérines, je la laisse de côté pour en arriver à l'exposé du manuel opératoire proprement dit.

La femme a été préalablement préparée par une évacuation de son intestin, par une propreté très exacte de tout son corps et tout particulièrement de ses organes génitaux (bains, injections vaginales de solution au 1/1000 de sublimé, tampons de gaze iodoformée dans le vagin, dans l'intervalle des injections); la région du mont de Vénus a été très soigneusement rasée ainsi que la surface des grandes lèvres, enfin au dernier moment, la vessie a été vidée par le cathétérisme aseptique. La patiente est alors placée sur la table d'opération, étendue dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs dans l'extension, les cuisses rapprochées. La résolution anesthésique obtenue, on procède une dernière fois à un savonnage soigneux de la région opératoire, puis à un lavage avec une solution antiseptique (acide phénique, solution au 1/20; ou sublimé, solution au 1/1000; ou biiodure de mercure, solution au 1/10,000); enfin des compresses immergées quelque temps dans une solution antiseptique et exprimées au dernier moment recouvrent toutes les parties circonvoisines ne laissant à découvert que le seul champ opératoire; mêmes précautions antiseptiques sont prises pour les instruments. Si j'insiste sur ces détails, c'est pour montrer que la plus grande préoccupation antiseptique, ici comme dans toute opération, doit diriger le chirurgien et ses aides durant tout le temps de l'opération et du pansement, afin qu'aucun agent infectieux ne soit déposé dans la plaie et ne fasse échouer la réunion immédiate que l'on doit rechercher et obtenir.

Le chirurgien se place à droite du sujet, un seul aide, placé en face de lui, suffit pour le moment; il cherche et fixe ses points de repère, puis incise suivant la ligne qui les réunit. Mais ici, il nous faut entrer dans quelques détails.

1° Quels seront les points de repère? Ce sera l'épine pubienne, d'abord, toujours facile à déterminer même chez les sujets gras si l'on a soin de la rechercher comme l'indique M. le professeur Farabeuf, c'est-à-dire en recherchant simultanément les deux épines à l'aide du pouce et de l'index embrassant de part et d'autre la région du pénil et marchant à la rencontre l'un de l'autre suivant le bord supérieur du pubis, jusqu'à ce que l'un et l'autre heurtent une des épines (Voyez Farabeuf, Précis de méd. opérat., p. 107). Le point pubien trouvé et marqué, faut-il déterminer un second point de repère? Ici les opinions divergent. Les uns se guidant sur le pli de l'aine, incisent parallèlement à l'arcade de Fallope; ainsi procèdent : Francis Imlach, M. le professeur Duplay (voir Th. Beurnier); d'autres, ainsi que nous l'avons vu faire à notre excellent et très habile maître M. le Dr Segond, se pro-

(1) Poullet. Soc. de médecine de Lyon, 6 février 1888.

(2) Rolland. Du traitement des rétroversions et rétroflexions utérines adhérentes et de leurs complications. Lyon, 1888.

posant d'inciser dans la direction des piliers de l'orifice inguinal, font une incision éloignée de la ligne de l'arcade d'un arc de 30° environ.

M. le professeur Trélat, que nous avons eu l'honneur d'assister dans les nombreuses interventions qu'il a pratiquées cette année à la Charité, marque un deuxième point de repère, l'épine iliaque antérieure et supérieure toujours bien facile à déterminer; il incise donc aussi parallèlement à l'arcade de Fallope. C'est là, dira-t-on, un détail d'une importance bien secondaire. Sans doute, cependant, nous croyons que cette manière de faire a ses avantages et pas d'inconvénients; l'incision sera cachée dans les poils et dans les plis de la région de l'aine; en outre, la ligne opératoire basée sur deux points de repère fixes sera immuable; par suite, la symétrie des deux incisions sera mieux assurée; la précision rendra plus sûre la découverte de l'orifice externe du canal inguinal, enfin l'incision diminuera beaucoup moins la résistance de la paroi abdominale.

Donc, la ligne bi-épineuse sera notre ligne opératoire; sur cette ligne, nous allons inciser en partant du point de repère pubien pour nous diriger vers le point iliaque. Mais quelle sera l'étendue de cette incision? Un pouce, dit M. Imlach, ce qui est certainement trop peu; 4 à 5 centimètres, dit avec plus de raison le Dr Beurnier. En réalité, il n'y a pas d'étendue à préciser, croyons-nous; l'incision devra être plus longue chez une femme grasse que chez une femme maigre ou d'un embonpoint modéré. Ce qu'il faut, c'est une incision relativement longue, même chez une femme maigre; cela facilite l'opération et n'a pas d'inconvénient; la solidité de la paroi abdominale résidant principalement dans la résistance des plans musculo-aponévrotiques, et la réunion immédiate devant tout réparer d'ailleurs.

L'incision traverse: 1° la peau, 2° la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. Celle-ci doit nous arrêter un instant; c'est elle qui contient tous les vaisseaux sanguins que nous rencontrerons dans le cours de l'opération; ces vaisseaux, du domaine de l'artère sous-cutanée abdominale, artériels et veineux sont, du reste, peu volumineux; on les saisit facilement sur l'une et l'autre lèvre de l'incision avec des pinces à forcipressure; il n'est même pas nécessaire de les lier, la torsion suffira à assurer l'hémostase; près de l'extrémité inférieure de la plaie, on coupe souvent une artère un peu plus volumineuse qui est une branche venue de l'épigastrique, mais elle ne peut non plus donner lieu à une hémorrhagie sérieuse et il est facile de l'hémostasier.

Cette couche cellulo-graisseuse est toujours notablement développée, mais il n'est pas rare qu'elle soit très épaisse; c'est alors que la longue incision devient avantageuse. Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'elle est souvent coupée suivant son épaisseur par des plans cellulo-aponévrotiques, déjà indiqués par Beurnier, qui peuvent en imposer, et faire croire que l'on est arrivé sur l'aponévrose du muscle grand oblique. Nous avons vu plus d'une fois un de ces plans situé tout près de la face profonde de cette couche et particulièrement épais, susceptible par conséquent d'arrêter un instant l'opérateur. Mais cet instant sera court; le chirurgien se rappellera que l'aponévrose du grand oblique, qu'il vaut mieux, pensons-nous, appeler l'aponévrose-tendon, est formée d'épaisses et larges bandelettes, de fibres tendineuses à direction parallèle, étendues plus ou moins obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, vers la ligne blanche, vers le pubis ou vers l'arcade, tandis que le plan cellulo-aponévrotique que l'on a devant les yeux, si épais qu'il soit, est toujours formé par un feutrage plus ou moins serré, dans lequel on ne distingue pas de trousseaux fibreux ni une direction générale aux fibres qui s'entrecroisent en tous sens. Cette toile déchirée, une petite couche cellulo-adipeuse nous sépare seulement de l'aponévrose-tendon du grand oblique sur lequel nous arrivons rapidement.

Allons-nous de suite apercevoir l'orifice du canal inguinal? Non, le plus souvent, car les piliers qui les limitent sont bien moins accusés que chez l'homme et il n'est pas traversé comme dans le sexe masculin par un faisceau plus ou moins libre dans son intérieur; il est ici petit et rempli par une masse adhérente de toutes parts formée d'un ligament rond extrêmement réduit, de fibres musculaires, de filets nerveux, de vaisseaux, de tissu cellulaire, etc.; mais tout cela ne tranche pas sur le milieu ambiant, et se présente avec l'aspect d'un petit espace analogue à ceux qui séparent souvent entre eux deux trousseaux de fibres de l'aponévrose-tendon. Que faire alors? — Tont d'abord, à l'aide de la sonde cannelée, nettoyer avec soin cette aponévrose de manière qu'elle soit nette, car elle est toujours recouverte de la mince aponévrose d'enveloppe du grand oblique, laquelle recouvre aussi son tendon avant d'aller se perdre dans la grande lèvre; explorer alors à l'aide de l'index la plaie et sentir à nouveau le point de repère pubien. Celui-ci bien relevé, on verra toujours au-dessus de lui et un peu en dehors soit une petite *boule graisseuse*, que le nettoyage n'aura pas enlevée parce qu'elle vient de la profondeur, soit plus souvent, une petite *masse rougeâtre*, cellulo-vasculaire. C'est là que sera l'orifice externe du canal.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PAROTIDITE OURLIENNE : ORCHITE SUCCESSIVE DES 2 TESTICULES, par M. MAUBRAC, aide-major.

Le fait suivant, que nous avons observé en juin 1887, à Bizerte, durant une épidémie d'oreillons, nous a paru assez intéressant pour être rapporté. Les complications ourliennes sont fréquentes et ordinairement bénignes : mais elles sont variées et leur histoire n'est pas encore parfaite. A ce titre, notre observation aura peut-être quelque valeur.

M. M..., 45 ans, de santé ordinaire excellente, a été pris tout à coup de douleurs vives dans la région parotidienne et sous-maxillaire gauches, s'accompagnant de gonflement de toute la région. Le lendemain la joue entière était tuméfiée, le malade ne pouvait ouvrir la bouche, la muqueuse de la joue, très œdématiée, portait l'empreinte des dents, et s'insinuait entre les deux arcades : fièvre légère, 38°, sans nulle autre complication. L'état local persista ainsi durant 4 jours sans amélioration sensible.

Le 6e jour, au matin, l'empâtement avait un peu diminué, mais le malade accusait une douleur du côté des bourses, et nous découvrimes une orchite ourlienne type du testicule gauche. Cette orchite dura 5 jours, pendant lesquels la région parotidienne diminua lentement.

Au bout de ce temps, les lésions paraissaient marcher vers la guérison définitive, lorsque, le 16e jour après le début de la maladie, le patient accusa de nouveau une douleur localisée cette fois au testicule droit. Cette glande, atteinte à son tour, présentait une orchite ourlienne, qui le lendemain avait envahi la glande entière, et était aussi intense que l'orchite précédemment observée sur le côté gauche. Les lésions s'amendèrent progressivement, et vers le 24e jour, le patient était considéré comme guéri.

La muqueuse géniale était encore un peu œdématiée, mais le patient pouvait ouvrir la bouche, mastiquer sans douleur. Les deux testicules semblaient revenus à leur état normal.

Nous ferons remarquer l'âge du malade, 45 ans. Durant cette épidémie, qui atteignit environ 80 à 90 enfants sur une

population de 7000 habitants, notre malade seul, était âgé de plus de 20 ans.

En second lieu l'intensité des accidents qui nous eût fait hésiter sur la nature de l'affection si le diagnostic ne nous avait été facilité par ce fait que, dans la même maison, un enfant de 6 ans entrait en convalescence lorsque notre patient commença à souffrir ; toutes les dents étaient remarquablement saines, et l'évolution fut pour ainsi dire subite, sans abcès, ni trace persistante.

La localisation testiculaire frappant successivement les deux organes au 5e puis au 16e jour est surtout remarquable. Et cependant, si l'on veut bien considérer que notre malade n'était ni syphilitique ni paludique, que les deux testicules ont été atteints, tout comme la parotide par une affection à évolution cyclique, que la guérison est survenue spontanément et que d'autre part, nulle lésion du canal de l'urèthre, de la vessie n'existait, nous pourrons énoncer le fait : infection ourlienne chez un homme de 45 ans, avec localisation sur la parotide gauche, puis au 5e jour sur le testicule droit, et au 16e jour sur le testicule gauche.

Une explication hypothétique du fait par localisation tardive ou réinfection, nous paraît inutile, et nous donnons l'observation sans autre commentaire.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

SUITE ET FIN. — Voir les deux derniers numéros.

XII. UN CAS DE SYPHILIDE PIGMENTAIRE GÉNÉRALISÉE. — XIII. LES HÉMORRHAGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE. — XIV. OSTÉO-ARTHROPATHIES DÉFORMANTES DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — RAPPORTS DE LA SYPHILIS AVEC LES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

XII. — De nombreux travaux ont été faits sur les pigmentations syphilitiques. La première observation de syphilis pigmentaire remonte à M. Hardy, en 1854. Pillon, dans sa thèse sur les *exanthèmes syphilitiques*, montra que cette manifestation de la syphilis est relativement fréquente. Vinrent ensuite les travaux de Tanturri et la magistrale description du professeur Fournier.

Cependant, en Allemagne, quelques auteurs en nieraient encore l'existence (Kaposi) ; tandis que Neisser la décrit sous le nom de leucodermie syphilitique.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, la syphilis pigmentaire est généralement localisée au cou, où elle constitue une sorte de réseau ou de dentelles à larges mailles de couleur jaune grisâtre, le « collier de Vénus » de M. Hardy. Mais elle peut s'observer aussi chez l'homme (Neisser, Mauriac) ; c'est même surtout chez l'homme qu'on a observé des syphilis pigmentaires ayant dépassé les limites de leur localisation habituelle, le cou, pour s'étendre au thorax, aux flancs, voire même à tout le corps.

L'exemple que M. Maurice Doyon rapporte (1) en est une nouvelle preuve.

Le 24 mars 1888 est entré pour des accidents syphilitiques secondaires, à l'Antiquaille, dans le service de M. Cordier, un terrassier de 56 ans; ce malade présente des plaques muqueuses hypertrophiques à l'anus ; on trouve aussi des plaques muqueuses dans la bouche, à la lèvre inférieure et sous la langue. Il a en outre de l'alopécie, de l'adénopathie généralisée (ganglions occipitaux, épitrochléens et une grosse pléiade à l'aine des deux côtés). Tous ces accidents datent d'un mois. Quant à l'accident primitif, il est impossible de rien préciser ; on n'en trouve pas de trace. Il y a quatre semaines est apparue

1 Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1888, p. 335.

la pigmentation sur le cou, sur les épaules ; c'est la syphilis pigmentaire habituelle, caractérisée par des plaques blanches dépigmentées sur un fond noir. Sur tout le tronc, on trouve des taches noires très foncées, surtout confluentes au niveau de l'abdomen, à la partie supérieure des cuisses, sur le dos et sur les parties latérales du thorax. Ces plaques sont moins nombreuses sur les jambes et font presque défaut à la face antérieure des cuisses ; elles manquent tout à fait sur les mains et la face. La peau tout entière paraît comme tigrée ; la pigmentation générale est plus marquée. Sur ce fond sombre, se détachent avec la plus grande netteté des taches noires de la largeur de grosses et de petites lentilles qui sont très confluentes et irrégulièrement disséminées. En certains points, on assiste à la décoloration de ces macules noires. Cette décoloration s'accomplit de la périphérie au centre, si bien que l'on voit à la période ultime un point noir au centre d'une tache absolument dépourvue de pigment. Ces plaques blanches paraissent d'autant plus dépigmentées que la pigmentation générale était plus foncée.

On a prétendu que passé 25 ans, on n'observait plus de syphilide pigmentaire ; mais il est évident que si ces lésions sont plus fréquentes avant 25 ans, c'est uniquement parce que c'est le moment des contaminations. Neisser en a vu, du reste, un cas chez une femme de 58 ans.

XIII. — Lancisi le premier avait signalé un exemple d'anévrysme d'origine syphilitique (1). Le Dr Carmelo Andronico (de Messine) vient de publier un article intéressant sur le rôle du mal napolitain dans la production des hémorrhagies (2). Les statistiques montrent que les hémorrhagies placentaires sont la cause de 60 à 70 0/0 des avortements chez les femmes syphilitiques.

Poussant plus loin ses recherches, M. Carmelo Andronico arrive à conclure que la syphilis, tant congénitale qu'acquise, exerce une influence notable sur la production des hémorrhagies, car la syphilis détermine des hémorrhagies non seulement dans les membranes de l'utérus gravide, mais encore dans le cordon ombilical, et de plus à la surface des dermatoses ; et en outre dans les viscères : méninges, gros vaisseaux, artères et jusque dans les reins.

XIV. — Dans une thèse intitulée : *Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire* (3) M. Georges Danjon, élève de M. Lannelongue, s'appuyant sur 7 observations dont 3 personnelles, est arrivé aux conclusions suivantes :

Il y a lieu de réunir la pseudo-tumeur blanche de Fournier et l'arthropathie déformante de Méricamp pour en faire une entité morbide unique : l'ostéo-arthropathie déformante. Ces deux affections ont, en effet, des caractères communs. De toutes les manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis, l'ostéo-arthropathie déformante est certainement une des plus fréquentes ; elle est bien plus fréquente qu'on ne l'a généralement cru jusqu'à ces derniers temps et il est difficile de la reconnaître au début. Le diagnostic de la lésion en elle-même n'a de valeur que tout autant qu'on peut affirmer d'une façon certaine son origine hérédo-syphilitique. Aussi est-il important de reconnaître au début la nature de l'affection ; en effet, le traitement qui fait merveille quand l'affection commence, reste nul et sans effet quand l'évolution est avancée ; les déformations sont alors définitives.

(1) Voir la leçon de M. Jaccoud sur un cas d'anévrysme aortique chez un syphilitique (*Bulletin médical* du 29 novembre).
(2) *Giornale Italiano delli malattie veneree e della pelle* de septembre 1888, p. 275.
(3) Paris, Henri Jouve, imprimeur.

XV. — Dans l'influence des fièvres éruptives sur la syphilis, M. Marius Auriel (1) croit qu'il y a lien de considérer à part deux modes d'action différents. Le premier est une influence générale, modifiant profondément l'organisme et se substituant à la diathèse pour la faire disparaître. Sauf peut-être pour ce qui concerne la variole, cette action curative est problématique. Encore n'a-t-on guère que deux faits; et quand on réfléchit à l'évolution ordinaire de la syphilis, maligne chez l'une, bénigne chez l'autre, au point de passer presque inaperçue, n'a-t-on pas le droit de se demander s'il n'y a pas là une simple coïncidence?

Le second mode d'action des dermatoses sur la syphilis serait purement palliatif. « Il se bornerait à faire disparaître, par une sorte de révulsion locale, des ulcérations atones, des éruptions malignes que le traitement ne pouvait vaincre. » Sans aller aussi loin que Garrigue qui, d'accord avec le professeur Hardy, n'hésiterait pas en pareil cas à conseiller l'inoculation variolique, M. Auriel veut bien reconnaître que cette heureuse influence locale existe. M. Diday a rapporté une observation dans laquelle on voit disparaître et rétrocéder une syphilide rebelle. L'influence favorable de l'érysipèle dans les cas analogues a été mise en évidence par de nombreuses observations. La vérité du fait est donc hors de doute.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SPLÉNECTOMIE

I. — Un cas d'extirpation de la rate avec terminaison favorable, par le professeur Kocher, de Berne. *Correspondenzblatt für schweiz Aerzte*, 1888, n° 21.

II. — Un cas de splénectomie pratiquée avec succès, par M. Spencer Wells. *British médical Journal*, 24 décembre 1887.

III. — Deux cas de splénectomie, par le Dr Knowsley Thornton *Medical Chirurg. Transactions* T. LIX. analysé in *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 1, p. 14.

I. — Le professeur Kocher, de Berne, a pratiqué avec succès l'extirpation de la rate dans un cas de tumeur de cet organe, de nature douteuse. L'opération se heurta à des difficultés exceptionnelles. Au moment de dégager le sommet de la tumeur de la cupule dans laquelle elle était fixée par des adhérences plates et que limitaient la fosse diaphragmatique et la paroi intercostale avec la main introduite entre la tumeur et les parties adjacentes, M. Kocher tenta de lier les vaisseaux jusqu'à la partie supérieure de la rate, avant d'extirper celle-ci. Mais une traction un peu forte exercée sur la tumeur entraîna la rupture d'un vaisseau veineux de gros calibre; il en résulta une hémorrhagie abondante. M. Kocher déchira alors les adhérences qui subsistaient encore par un mouvement de bascule un peu énergique, il parvint à extraire la tumeur formée par la rate. En pinçant avec la main la partie médiane de la tumeur, l'hémorrhagie fut en grande partie arrêtée. Le creux laissé par la tumeur fut comblé avec des compresses stérilisées. On lia seulement les différents vaisseaux qui donnaient du sang. Pendant toute cette partie de l'opération, les anses d'intestin qui formaient hernie au dehors avec l'estomac et la queue du pancréas furent maintenues recouvertes de linges chauds imbibés d'eau stérilisée et protégées contre l'évaporation par des feuilles de papier imperméable. On découvrit dans le mésentère plusieurs glandes tuméfiées, qui ressemblaient à de petites rates supplémentaires.

La convalescence fut très longue et en quittant l'hôpital la malade était loin d'être rétablie; elle avait le foie tuméfié, de l'œdème aux membres inférieurs, de l'albumine dans les urines; au siège primitif de la rate on percevait de la matité à la percussion.

Trois mois après l'opération les nouvelles reçues de la malade étaient mauvaises; à l'œdème des jambes s'était joint de l'ascite. De plus à la suite de l'opération le nombre des globules blancs du sang avait augmenté et le nombre des globules rouges ainsi que la richesse du sang en hémoglobine avaient diminué. Il est dit aussi qu'on ne pût rien constater qui dénotât une hypertrophie supplémentaire du corps thyroïde.

Les résultats de l'examen histologique de la tumeur ont été de nature à faire admettre l'existence d'une simple hypertrophie de la rate. Toutefois, en raison des nombreux foyers métastatiques trouvés dans la cavité abdominale, en raison de l'engorgement du foie qui persistait après l'opération, M. Kocher considère comme vraisemblable qu'il s'agissait dans ce cas, d'un lymphosa.rcome

Deux points sont à signaler pour ce qui concerne le manuel opératoire. Tout d'abord M. Kocher est, avec Czerny, partisan de l'incision médiane, pratiquée le long du bord latéral du muscle droit externe; par cette voie on atteint plus facilement le hile de la rate. Au besoin, on pratiquera une incision transversale supplémentaire, partant de la première à la hauteur de l'ombilic.

Le chirurgien de Berne a insisté ensuite sur la nécessité de s'abstenir, dans le cours de la splénectomie, de l'emploi de tout autiseptique « actif », c'est-à-dire susceptible de produire des accidents d'empoisonnement, ceux-ci ayant beaucoup plus de facilité à se manifester à la suite de la suppression d'un organe très vasculaire, ce qui est une cause de *shock*. On devra donc renoncer à l'*antisepsie* et se borner à la simple *asepsie*.

II. — M. Spencer Wells a également publié un cas de splénectomie pratiquée sans suites fâcheuses opératoires, chez une dame de 24 ans. L'opération eut lieu le 5 décembre 1887, et le 21 du même mois, l'état de la patiente était très satisfaisant; on escomptait à cette époque une guérison complète et prochaine. La tumeur était constituée par la rate hypertrophiée, et elle pesait 920 grammes après qu'il s'en fût écoulé une grande quantité de sang. La plaie opératoire s'était cicatrisée par première intention.

III. — Précédemment, M. Thornton avait publié un autre cas de splénectomie, avec heureuse terminaison; voici une relation abrégée du cas :

Une jeune fille de 19 ans, anémique, mais à part cela bien portante, avait eu, deux années auparavant, un violent accès de douleurs abdominales; à cette occasion le médecin avait constaté l'existence d'une tumeur dans le ventre. Neuf mois avant l'opération, l'accès douloureux s'était reproduit; depuis lors la tumeur abdominale avait augmenté de volume, l'état général de la jeune fille était devenu inquiétant. A la palpation du ventre on découvrait une tumeur réniforme, fluctuante, très mobile, non recouverte par les circonvolutions intestinales. La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, on sentait l'extrémité supérieure de la tumeur à 2 pouces en haut et à gauche de l'ombilic, tandis que l'extrémité inférieure atteignait la région iliaque. Quand on refoulait la tumeur de bas en haut, sous le grille costal, on développait une sensation de tiraillement très douloureux. En fait de diagnostic on hésitait entre l'hypothèse d'un kyste du rein et celle d'un kyste dermoïde de l'ovaire, à long pédicule.

L'extirpation de la tumeur fut décidée. Ce n'est que pendant l'opération qu'on acquit la preuve de l'intégrité du rein gauche; la tumeur n'était autre que la rate envahie par une dé-

1 Thèse de Paris, A. Davy, imprimeur,

générescence kystique, elle était fixée à l'épiploon par des adhérences. Une triple ligature fut appliquée sur le pédicule de la tumeur ; au moment de tendre le pédicule, pour le sectionner, la malade devint cyanosée et perdit connaissance. Il fallut terminer l'opération en toute hâte. Convalescence longue, mais exempte de complications. Il n'y a pas eu, après coup, d'altération glandulaire, de tuméfaction du corps thyroïde, de modifications du sang. Cette jeune fille s'est entièrement rétablie et a pu reprendre ses occupations.

La masse extirpée était constituée, dans son tiers supérieur, par le parenchyme splénique, et dans les autres deux tiers par un kyste à paroi mince, contenant un sérum d'une teinte foncée, riche en cholestérine.

Un second cas de splénectomie, opéré par M. Thornton, a eu un dénouement moins favorable. Le sujet, une femme de 25 ans, avait été prise de fièvre et de diarrhée, après sa troisième couche; puis elle s'était aperçue de la formation d'une tumeur dans le flanc gauche, tumeur qui alla en se développant. A l'époque où fut décidée l'opération, cette femme avait bonne mine. Elle présentait les symptômes d'un catarrhe gastrique. De plus, elle éprouvait des douleurs insupportables dans le bas du ventre quand elle se couchait sur le dos. Menstruation profuse, mais rare.

La tumeur qu'on découvrait dans le flanc gauche, à la palpation du ventre, remontait jusque sous les fausses-côtes, descendait en bas jusqu'à l'aine, et débordait l'ombilic à droite. Elle avait une consistance plus molle dans sa partie inférieure. Tumeur rétropéritonéale du foie ou de la rate, tel était le diagnostic porté.

Après incision de la paroi abdominale le long du bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen, on reconnut que la tumeur était formée par la rate hypertrophiée; son hile contenait des vaisseaux de très gros calibre. Après extirpation de la tumeur il se fit une hémorrhagie profuse, aux suites de laquelle la malade succomba 6 heures après.

L'autopsie montra qu'au centre du moignon du pédicule une artère de petit calibre s'était rétractée et avait fourni une grande quantité de sang qui s'était épanché entre les deux feuillets de l'épiploon et dans l'épaisseur du moignon, d'où le liquide était venu sourdre comme à la surface d'une éponge. La cyanose et la congestion générale, survenues dans les circonstances susdites étaient, suivant l'auteur, l'expression de la paralysie du grand sympathique, consécutive à la compression exercée par ce nerf sur la masse sanguine épanchée.

Une statistique dressée par l'auteur comprend 34 cas de splénectomie, dont 13 chez des leucémiques qui ont tous succombé; pour les autres cas, le taux de la mortalité est de 50 0/0. *(A suivre.)*

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse, par G. A. Rayneau. (Th. Paris 1887).

L'auteur rapporte deux observations de tumeurs sarcomateuses développées à la partie supéro-interne de la cuisse. Il en déduit, en raison de leur évolution spéciale, la nécessité, au point de vue de l'anatomie appliquée, de décrire une région des adducteurs. Ces tumeurs, véritable fibro-sarcomes ayant leur point de départ dans le tissu conjonctif musculaire, présentent dans leur marche trois périodes correspondant aux phases d'accroissement des sarcomes en général. D'un pronostic bénin si l'on intervient dès leur apparition, la récidive est à craindre au bout de quelque temps. En cas de généralisation, il convient de s'abstenir de toute opération.

De l'intervention chirurgicale dans le mal de Pott dorso-lombaire, par V. Fancilhon. (Th. Paris 1887).

Après avoir brièvement exposé l'anatomie pathologique et la symptomatologie du mal de Pott, l'auteur entre dans de longs développement au sujet de la thérapeutique. Il passe en revue la médication interne et externe qui a été successivement employée, parle du commencement de défaveur dont l'iodoforme serait l'objet dans le traitement des abcès par congestion et en arrive à préconiser la large ouverture de toute collection purulente se montrant dans la région lombaire, alors même que l'origine vertébrale ne pourrait être démontrée. Le pus évacué, il faudrait aller à la recherche du point osseux dénudé, le ruginer et l'enlever si possible. Les abcès de la fosse iliaque ne contre-indiqueraient pas cette façon d'agir, bien au contraire on aurait tout intérêt à les évacuer par la voie lombaire, où, en raison du décubitus dorsal, l'écoulement purulent serait ultérieurement mieux assuré. L'accès des vertèbres malades deviendrait en outre possible. Nous n'hésitons pas à considérer ce temps comme un des plus difficiles à exécuter malgré toutes les indications fournies. Il est certain que la désinfection et le curage de la poche purulente, joints au râclage osseux quand il est possible, sont les meilleures conditions de succès dans la cure du mal de Pott.

Ch. Amat.

BULLETIN

Nouvelle méthode de traitement applicable aux tumeurs kystiques de la peau et des régions superficielles. — Le comité consultatif d'hygiène publique et la direction de la santé publique. — L'inspectorat des eaux minérales. — L'éducation scolaire. — L'internat des hopitaux de Paris.

C'est en dehors des sociétés savantes que nous trouvons cette semaine les éléments de notre *Bulletin*.

Enregistrons d'abord un fait intéressant de pratique publié par M. Barth dans l'avant-dernier numéro de l'*Union médicale* : il s'agit du traitement des kystes synoviaux, des loupes sébacées et, en général, de toutes les tumeurs kystiques de la peau et des régions superficielles, par les injections interstitielles d'arsenic. « Partant de cette donnée que l'injection arsénicale détermine une inflammation modérée des tissus, qu'elle n'aboutit pas à la suppuration quand on prend certaines précautions très simples, et qu'elle est souvent suivie d'un processus atrophique », M. Barth a eu l'idée de l'appliquer au traitement des tumeurs bénignes ci-dessus mentionnées. Une seule injection de deux gouttes de liqueur de Fowler pure suffit le plus souvent pour en amener la disparition; une seconde injection est parfois nécessaire; dans aucun des huit cas qu'il relate, notre confrère n'a dû en faire une troisième.

La méthode est sans danger, mais demande cependant certaines précautions. « D'abord, dit-il, on ne néglige rien pour assurer l'asepsie, tant de l'instrument que de la solution injectée. En second lieu, on n'opérera pas les tumeurs dont la nature est douteuse, ni surtout celles qui semblent disposées à suppurer : dans un tissu qui renferme des micro-organismes pyogènes, dans un ganglion tuberculeux, par exemple, il suffit souvent d'une seule goutte de liqueur de Fowler pour provoquer la formation d'un abcès; or, la principale supériorité de notre méthode doit être précisément d'amener l'atrophie *sans suppuration*; elle n'offrirait donc plus aucun avantage dans le cas où celle-ci est inévitable. »

Cela dit, M. Barth propose volontiers d'étendre l'applic-

tion de son procédé au traitement d'autres tumeurs que celles dont il a été question plus haut, par exemple à celui des fibromes, des myomes de la peau, voire même des lipomes de petit volume. En ajoutant à la liqueur de Fowler 1 on 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne, on peut rendre l'injection arsénicale aussi peu douloureuse qu'elle est inoffensive. Nous nous joignons à M. Barth pour en conseiller l'essai clinique, en s'entourant de toutes les précautions indiquées.

— Le Comité consultatif d'hygiène publique a tenu sa première séance depuis qu'il est rattaché, avec la Direction de la santé publique, au ministère de l'intérieur. Le sous-secrétaire d'État, M. Bourgeois, au nom du Ministre, lui a souhaité la bienvenue. Nous relevons, dans son allocution, les passages suivants qui contiennent comme un exposé des principes auxquels obéira la nouvelle Direction de la santé publique, assistée du Comité consultatif d'hygiène :

« Lorsque la puissance publique prescrit des mesures pour la sauvegarde de la santé de la population, deux conditions s'imposent rigoureusement à elle : la valeur scientifique et l'efficacité des mesures prescrites doivent être à l'abri de toute contestation sérieuse. La population ne peut, en aucun cas, servir de champ d'expériences à des théories scientifiques. En matière d'hygiène, l'État n'a pas le droit d'intervenir pour faire progresser la science : la science faite a seule le pouvoir de parler par sa bouche; c'est à elle seule qu'il peut, sans atteinte à la liberté des citoyens, prêter ses moyens d'exécution.

« En outre, les mesures prescrites ne doivent apporter à la liberté de l'individu d'autres restrictions que celles qu'exige la défense de la vie, de la santé, c'est-à-dire encore de la liberté des autres citoyens. L'hygiène personnelle, bien entendue, est pour l'individu un bien inappréciable, mais elle ne peut lui être imposée. Des règlements sanitaires ont été établis dans certains pays voisins, pour déterminer impérativement toutes les conditions dans lesquelles doit être construite l'habitation individuelle; nous ne vous demanderons pas de règlements analogues. Ces conditions peuvent à nos yeux faire l'objet de conseils, d'avis rendus publics, d'instructions répandues; les règles d'où elles découlent doivent être rendues familières aux esprits par toutes les voies de l'enseignement, dès l'école primaire elle-même; mais là s'arrête notre droit.

« Alors, au contraire, qu'il s'agit non plus du mal que l'individu se fait à lui-même, mais du mal qu'il fait ou va faire aux autres; alors qu'il s'agit de défendre contre lui les voisins, les locataires d'une maison, la population de la commune ou de la ville, les enfants de nos écoles ou de nos collèges, les soldats de notre armée, menacés par quelque cause d'insalubrité, par un foyer occasionnel ou permanent de maladie transmissible, le droit de la puissance publique naît de l'atteinte portée au droit de chacune des existences menacées et, en même temps que le droit, naît pour elle le devoir d'agir. Les mesures ordonnées dans ces conditions, pourvu qu'elles soient d'ailleurs, je l'ai dit, d'une efficacité certaine au point de vue scientifique, sont en même temps indiscutables, au point de vue juridique et économique. »

Comme application de ces principes, M. le sous-secrétaire d'État a donné lecture d'une lettre dans laquelle le Ministre de l'intérieur demande au Comité consultatif d'hygiène, pour la prophylaxie des maladies transmissibles, des instructions qui seront adressées aux administrations locales et aux agents du service d'hygiène et d'assistance.

— Sans quitter la Direction de la Santé et de l'Assistance publiques, nous passons à une question, depuis bien longtemps débattue, et qui semblerait toucher à une solution : nous voulons parler de l'inspectoration des eaux minérales. Le comité nommé par les médecins libres des stations thermales pour demander la suppression de cette institution, a poursuivi sa mission et obtenu du Ministre de l'intérieur et du Directeur de la santé et de l'assistance publiques, que l'inspectoration soit supprimé partout où il sera suppressible, c'est-à-dire partout où le service des indigents sera complètement assuré par la municipalité et les médecins. Cette condition paraît si facilement réalisable que quelques-uns considèrent déjà l'inspectorat comme ayant vécu. Ils se hâtent peut-être un peu trop, sans toutefois que les vœux de beaucoup d'entre eux ne soient satisfaits.

Avec un grand sens pratique, M. Monod a dit qu'on ne saurait appliquer la même mesure, la même règle à toutes les stations thermales. Déjà, dans le projet de M. Bronardel, l'inspectorat devait être maintenu dans les petites stations. Il faut distinguer aussi les stations qui ont un hôpital thermal et celles qui n'en ont pas. Même parmi les premières, il faut savoir si l'hôpital suffit ou non à recevoir tous les indigents qui se présentent. Enfin, il est des stations, en particulier celles qui appartiennent à l'État, pour lesquelles le Ministre délivre des autorisations spéciales entraînant la gratnité des eaux, ce qui crée une catégorie particulière de malades dont le même Ministre a le devoir de se préoccuper. On voit combien les conditions sont différentes d'une station à une autre. Il est donc possible que l'inspectorat, dont la suppression paraîtra opportune et sera décidée dans certaines stations, soit conservé ailleurs, sous une forme quelconque. Tel est, si nous ne nous trompons, l'état réel de la question.

— Nous avons parlé, dans un précédent *Bulletin*, de la *Ligue de l'éducation physique*. Comme tout s'enchaîne, et que le moral est intimement uni au physique, on a remarqué que, chez les élèves qui ont le mieux répondu au programme de la ligue, et qui par conséquent se sont livrés avec le plus d'entrain aux exercices physiques, le nombre des punitions a diminué de moitié. Il semble aussi qu'une intimité plus grande, respectueuse d'un côté, affectueuse de l'autre, se soit développée entre maître et élève, d'où une influence morale plus grande de celui-là sur celui-ci; le maître ne donne plus seulement l'instruction : il devient véritablement éducateur. Développant cette pensée, le directeur d'un de nos plus grands établissements d'instruction secondaire a pu dire :

« Bien que l'opinion publique considère généralement aujourd'hui l'internat comme un mal nécessaire, mais comme un mal sérieux, comme un régime d'oppression qui éteint l'initiative, aigrit le caractère, développe le sentiment de révolte contre l'autorité, et prépare aussi mal que possible nos jeunes Français à remplir leur devoir de citoyens d'un pays libre, elle reconnaîtra bientôt qu'il peut et doit exister un autre internat qui assure le bonheur de l'enfant et développe harmonieusement toutes ses facultés ; qui, adopté à l'âge convenable, soit le meilleur régime de l'éducation scolaire, le complément indispensable de l'éducation de famille; qui assure beaucoup plus parfaitement que cette dernière la culture de la dignité personnelle, du courage, de la franchise, de la générosité, du dévouement, de l'abnégation, et en général de toutes les qualités que réclame la vie sociale dont l'internat doit être la préparation naturelle. »

Certes il y a loin de cet internat idéal à celui que nous avons connu. En le qualifiant d'idéal, nous ne voulons pas d'ailleurs dire qu'il soit absolument irréalisable. On ne s'est jamais plus vivement préoccupé de l'hygiène scolaire que de nos jours. Pendant que se forme la ligue de l'éducation physique, le vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Berthelot déclare la guerre aux programmes et aux procédés de classement adoptés pour l'entrée aux grandes Écoles : « C'est là, dit-il, le Minotaure qui dévore

chaque année une multitude de jeunes gens. » Il est permis de penser, il faut même espérer que tant de légitimes préoccupations, que tant d'efforts ne resteront pas stériles. Acceptons donc volontiers en perspective cet âge d'or de l'internat dont nous venons de reproduire le tableau.

— Nous dirons quelques mots d'un autre internat qui, contrairement au précédent, a joui constamment des faveurs de l'opinion publique : il s'agit de l'internat des hôpitaux. Justement jaloux du prestige qui y est attaché, les internes titulaires demandent que le nombre de places à donner par le concours soit restreint. Par contre, et tout naturellement, les candidats expriment le vœu que ce nombre soit plus étendu. Les débats ont tourné, si nous ne nous trompons, autour du chiffre de 46 places d'interne titulaire à donner cette année. A l'heure où nous écrivons ces lignes, l'administration a sans doute pris une décision, et nous ne saurions par conséquent avoir la prétention d'apporter une part quelconque d'influence à la solution du point en litige. Mais, comme la même question revient à l'ordre du jour à peu près chaque année, on nous permettra d'émettre un avis.

L'internat comprend à la fois un titre et une fonction.

Si l'on ne considère que le titre, on peut désirer, avec les internes, que le petit nombre des vainqueurs en augmente le prestige. Mais c'est là l'intérêt d'une minorité.

Si l'on envisage la fonction, on doit souhaiter que le plus grand nombre possible d'élèves soient appelés à l'exercer, car l'internat est avant tout la pépinière des bons cliniciens; il s'agit ici de l'intérêt général.

Comment concilier les deux points de vue? En appelant à la fonction, sous le nom d'internes provisoires, le plus grand nombre possible d'élèves, et, d'un autre côté, en ne réservant qu'aux plus dignes le titre si recherché.

Il faut se garder toutefois de trop restreindre le nombre des titulaires. Si l'on augmente par trop les difficultés du concours, au lieu de semer l'émulation, on produit le découragement. Ce n'est pas la nomination de quelques internes en plus qui, à vrai dire, diminuera beaucoup le prestige de l'internat. Il y a d'ailleurs, pour les internes, un excellent moyen de le rehausser, c'est d'utiliser les ressources mises à leur disposition en poursuivant des recherches sérieuses et en publiant des travaux de valeur.

D[r] F. DE RANSE

NOTES ET INFORMATIONS

SOUSCRIPTION DUCHENNE (DE BOULOGNE). — Les admirateurs, les élèves et les amis de Duchenne (de Boulogne) ont l'intention de perpétuer la mémoire d'un des grands promoteurs de la neuropathologie moderne en lui élevant un monument dans l'enceinte de la Salpêtrière. Ils font appel au concours de tous les médecins qui savent apprécier l'importance des services rendus à la science par notre illustre compatriote.

Pour réaliser ce projet, un comité a été constitué. Il se compose de MM. Charcot, président; Joffroy, vice-président; Straus; Pitres; Teissier; Lereboullet; Magnan; Hamy Gombault, trésorier.

Les souscriptions devront être adressées à M. le D[r] Gombault, trésorier, 41 rue de Vaugirard, ou à l'un des membres du comité.

Première liste.

MM. Charcot, 300 francs. — Joffroy, 100. — Damaschino, 100. — Straus, 50. — Pitres, 50. — Grancher, 50. — Chrysaphis, 50. — Falret, 50. — Teissier fils, 40. — A. Gombault, 25. — Debove, 25. — Gilbert, 25. — Ballet, 25. — Magnan, 20. — Lereboullet, 20. — Bourneville, 20. — Brouardel, 20. — Bonnet, 20. — Troisier, 20. — Richardière, 20. — Ed. Meyer, 20. — Hénocque, 10. — Quinquaud, 20. — Magitot, 10. — Regnard, 10. — Motet, 20. — Gaston, 10. — Charcot fils, 20. — Marchand, 20. — Barth, 20. — Chauffard, 20. — Teissier père, 20. — Letulle, 20. — Segond, 20. — Cazalis, 10. — Legroux, 20. — Polaillon, 20. — Galippe, 10. — Fernet, 20. — Du Castel, 20. — Millard, 20. — Hayem, 20. — Féré, 20. — Lailler, 20. — Monod, 20. — Jalaguier, 20. — Pinard, 20. — Nélaton, 20. — Brault, 20. — Dieulafoy, 20. — Luys, 20. — Hallopeau, 10. — Bonchereau, 10. — Josserand, 20. — Roques (de Lyon) 20. Société de médecine de Paris, 200 fr.

DANGERS DE LA PYRODINE. — D'après le *British medical journal*, le nouvel antipyrétique, la pyrodine, renfermerait comme agent actif, une substance fort toxique, l'acétylphénylhydrazine, qui ne doit être maniée qu'avec grande prudence.

UN PRIX DE 5.000 ROUBLES. — Ce prix est offert par le comité des pêcheurs de la mer Caspienne à l'auteur du meilleur travail sur la nature du poison qui se développe dans les poissons salés sans cuisson. Adresser les mémoires au Ministre de l'intérieur de l'Empire russe, avant le 1[er] janvier 1893.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le D[r] Cras, médecin en chef de la marine, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Brest, à l'âge de 53 ans. Le D[r] Cras était un chirurgien très distingué et un excellent professeur. Sa mort laisse un vide difficile à remplir à l'Ecole de médecine navale de Brest.

— M. le D[r] Marchal, ancien sous-préfet, vient de succomber à l'âge de 45 ans, à la longue et douloureuse maladie qui le tenait éloigné de la vie active. Notre sympathique confrère emporte les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Assistance publique. — Le concours pour l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de 46 nouveaux internes : MM. Arron, Castan, Rénon, Terson, Vercoustre, Pineau, Chavanne, Triboulet, Papillon, Nagcotte, Rochon-Duvignau, Gauthier, Lehlond, Goupil, Maurel, Bataille, Cartier, Berdal, Faure-Miller, Sainton, Calbet, Ettlinger, Mlle Wilbouchevitch, MM. Willemin, Appert, Benoit, Bergé, Bardol, Soupault, Claisse, Mendel, Leredde, Jacob, Souplet, Ehrardt (Pierre), Lamy, Nicolle, de Bayle, Breton, Vialet, Basset, Matton, Blaise, Gastou, Renault, Gillis.

Ces internes entreront en fonctions le 1[er] février prochain.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro la liste des internes provisoires.

Association française pour l'avancement des sciences. — Les conférences de l'*Association française* auront lieu cette année, dans le palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins, les samedis à 8 h. 1/2 très précises du soir, aux dates suivantes :

19 janvier, M. Chambrelent : les landes de Gascogne.

26 janvier, M. Pierre de Coubertin : les exercices physiques dans l'éducation.

2 février, M. le D[r] Richelot : les tendances de la chirurgie moderne.

9 février, M. le D[r] de Lanessan : l'empire d'Annam, son organisation sociale et politique.

16 février, M. Henry Sagnier : la reconstitution des vignobles.

23 février, M. A. Cornu : les phénomènes optiques de l'atmosphères.

2 mars, M. Gaston Tissandier : science et patrie.

9 mars, M. le D[r] Chervin : histoire statistique de la population française.

16 mars, M. Lodin : l'acier.

23 mars, M. Félix Hément : l'enseignement scientifique à l'École primaire.

30 mars, M. A. Londe : l'évolution de la photographie.

6 avril, M. Banderali : la vitesse des trains express et ses conséquences techniques.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 14, rue des Poitevins, de neuf heures du matin à cinq heures du soir.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 JANVIER 1889

Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 2. — Rougeole, 53. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 40. — Autres, 8. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 68. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë, 37. — Bronchite chronique, 63. — Broncho-pneumonie, 52. — Pneumonie, 70. — Gastro-entérite des enfants (sein), 8 — Biberon, 34. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonites puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 45. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 3, — Autres causes de mort, 200. — Causes inconnues, 13. — Total : 1104.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Agenda médical pour 1889 entièrement refondu contenant :

1° Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le Dr Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lariboisière, membre de l'Académie de médecine ;

2° Mémorial obstétrical, par M. le professeur Pajot ;

3° Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique ;

4° Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger par le Dr De Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine, les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et Ecoles préparatoires de médecine de France ; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le tableau des rues de Paris, etc. ; format in-18 de 590 pages, dont 190 de calendrier et 400 de renseignements utiles

Prix :

Broché, 1 fr. 75. Cartonné à l'anglaise, 2 francs. Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses :

N° 1. Maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50. N° 2. L'agenda divisé en 5 cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75. N° 3. Et petite trousse en soie, 5 francs. N° 4. En maroquin, 7 francs. N° 5. Avec fermoir en maillechort, 9 francs.

Cet agenda sera envoyé à domicile sur la désignation du numéro. — Asselin et Houzeau, éditeurs, libraires de la Faculté de médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

De l'importance des fumiers et des oiseaux de basse-cour dans l'étiologie de la diphthérie.

Le développement spontané des maladies et surtout des maladies infectieuses, ou regardées comme telles, n'est plus guère admis à une époque où les recherches et les découvertes de la bactériologie ont jeté un si grand jour sur la pathogénie des infections. L'agent pathogène, quel qu'il soit, répandu dans l'air, ou contenu dans les eaux potables, doit avoir et a, en réalité, un point de départ, milieu de culture naturel où il prolifère et d'où il se répand dans l'eau et dans l'air.

Pour beaucoup de ces maladies, l'organisme humain constitue ce milieu de culture, et la transmissibilité directe de l'homme à l'homme est depuis longtemps un fait bien établi. Mais il est des cas où cette transmissibilité directe échappe, et dans lesquels on ne saisit pas bien ni le lieu d'origine, ni la cause rationnelle d'une épidémie qui sévit brusquement dans un pays jusque-là indemne de cette maladie.

C'est alors qu'on est amené à se demander si les animaux domestiques ne sont pas susceptibles d'être les agents de contamination.

L'étude de cette question a une importance considérable pour la diphthérie à l'heure actuelle. Car non seulement c'est une maladie à mortalité énorme, frappant de préférence les enfants, mais encore au point de vue épidémiologique, *c'est une maladie qui monte*, et dont le coefficient annuel devient de plus en plus élevé.

Il y a donc grand intérêt, au point de vue prophylactique, à déterminer quelles sont les conditions pathogéniques auxquelles est soumise cette redoutable maladie, et si parmi les espèces animales, il n'en est pas qui soit susceptible de présenter une maladie analogue, et de la communiquer à l'espèce humaine.

Or, parmi les animaux qui peuvent offrir spontanément une affection analogue, je dirais identique à la diphthérie humaine, les oiseaux de basse-cour, qu'on élève parfois en grande quantité, se présentent en première ligne. Ils sont sujets, en effet, à une maladie avec fausses membranes des muqueuses et lésions viscérales particulières, qui offre la plus grande analogie avec la diphthérie humaine ; et, partant de ce fait, des observateurs ont agité la question de savoir si la transmission de cette maladie ne pouvait pas se faire du pigeon ou de la poule à l'homme. Poser la question ainsi, c'est, si elle est résolue, faire un grand pas dans la question de la prophylaxie de cette maladie.

Un fait à mettre bien en évidence tout d'abord, c'est que, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, ce n'est pas dans l'intérieur des grandes villes que la diphthérie sévit épidémiquement avec le plus de violence; ce sont surtout les faubourgs, les agglomérations suburbaines et les campagnes qui offrent à l'observation les cas de diphthérie les plus nombreux et les plus redoutables.

Voilà déjà un premier point qui mérite l'attention, car chacun connaît le fâcheux privilège des grands centres pour

---

FEUILLETON

RAPPORT GÉNÉRAL

A M. LE MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

SUR LE SERVICE MÉDICAL

DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE

Pendant l'année 1886, fait au nom de la commission permanente des eaux minérales de l'Académie de médecine, par M. Albert Robin.

(*Suite.*)

III

La question toujours renaissante, jamais entièrement résolue de l'inspectorat, revient encore cette année à l'ordre du jour ; l'inspectorat a gain de cause devant l'Académie et devant le conseil d'Etat : il est maintenu. Cette victoire lui impose des devoirs, dont un trop grand nombre de ses membres paraît s'être sensiblement détaché, ce qui n'a pas peu contribué à soulever contre l'institution de très violentes objections qui n'ont pas toujours été sans fondement.

Celle qui touche le plus l'Académie, c'est la croissante négligence que les inspecteurs mettent à envoyer leurs rapports. Le tableau ci-dessous en donnera la preuve :

Années.	Rapports.
1862	71
1865	46
1874	50
1875	40
1880	72
1881	56
1882	41
1885	26
1886	20

Depuis 1862, le nombre des rapports a suivi une graduelle décroissance, sauf en 1880 où il a atteint son chiffre le plus élevé. Cette année, il n'a été transmis que 20 rapports.

les maladies infectieuses; mais rappelons-nous les descriptions que Trousseau nous a laissées de l'épidémie de la Sologne, et comparons-les avec ce que nous voyons même actuellement dans les grandes villes comme Paris et Lyon où la diphthérie est en progrès!

Je trouve dans la thèse de M. Ferrand (1), des renseignements statistiques précis sur la fréquence relative de la diphthérie dans les villes et dans les campagnes. D'après un relevé qu'il a fait des statistiques étrangères, il y aurait au moins 21,6 0/0, de cas en plus dans les campagnes. D'autre part, en Ecosse, sur 100,000 habitants, il y a 21,6 cas dans les districts urbains, 27 dans les districts ruraux. En Prusse, en 1877, 13,6 dans les communes urbaines, 17,8 dans les communes rurales. En Russie, la maladie sévit surtout parmi les paysans russes. Mais ici le porc est à incriminer plus que la volaille.

Enfin à Lyon et dans les environs, en 1883 et 1884 on observe que les arrondissements les plus urbains sont le moins frappés, et que c'est la campagne qui offre le plus de cas. Après viennent les faubourgs.

Mais pourquoi cette localisation, cette distribution qui semble contredire nos idées générales sur les maladies infectieuses? Parce que, d'une part, on accumule aux portes de certaines villes (Lyon en est un exemple) les résidus des balayures, pailles, fumiers, etc., et que, d'autre part, à la campagne, les fumiers sont à la porte des maisons et que les animaux de basse-cour atteints de pépie les ensemencent, pour employer l'expression de M. Teissier (2).

Klebs, au congrès de Zurich, en 1883, avait déjà fait cette remarque que la diphthérie se développe de préférence le lendemain du balayage des villes, et principalement sur le trajet suivi par les tombereaux qui emportent les résidus.

En 1885, sous les auspices de M. Teissier, M. le Dr Ferrand présentait à la Faculté de médecine de Lyon une thèse très intéressante, dans laquelle il cherchait à établir les rapports qu'il y a entre les dépôts de fumiers et de résidus de balayures, toutes matières fermentescibles, avec le foyer de diphthérie suburbaine de la ville de Lyon, et les conclusions de ce travail confirment ce que nous disions tout à l'heure sur la fréquence de la diphthérie à la campagne, et sur l'importance des fumiers et des balayures des grandes villes.

Mais ce n'est là qu'un point de la question. D'où vient l'agent pathogène?

(1) Ferrand. Thèse de doctorat. Lyon, 1885.
(2) Acad. des sciences, 1887.

Les oiseaux, et en particulier les oiseaux dits de basse-cour, offrent souvent, surtout à certains moments de l'année, une maladie qui, par ses analogies anatomiques avec la tuberculose d'une part, et avec la diphthérie d'autre part, a été désignée sous le nom de tuberculo-diphthérie des oiseaux et de la volaille. Je n'ai pas l'intention de discuter la nature de cette affection qui regarde la médecine vétérinaire; cependant, les recherches de M. Mégnin et de M. le professeur *Cornil* (1) ont amené à séparer nettement des cas que la présence du bacille de Koch range sans conteste parmi les maladies tuberculeuses, ceux dont les lésions et la présence du bacille de Klebs et Lœffler, caractérisent la nature diphthérique.

La diphthérie des oiseaux, d'après ces observateurs, siége sur la langue, sur les fosses nasales, sur le larynx: c'est la diphthérie des poules, vulgairement appelée *pépie*. Elle a pour caractères objectifs des fausses membranes couvrant le larynx et ses bords, la muqueuse buccale, la muqueuse nasale et la muqueuse pharyngienne, remplissant les sacs aériens et en particulier ceux du ventre. De plus, elle envahit parfois le tissu conjonctif de l'orbite; elle se localise à la peau sous forme de tumeurs plus ou moins profondes, et s'étend parfois sur la muqueuse de l'intestin, comme on le voit chez le faisan et la perdrix.

Anatomiquement on y a constaté la présence d'un bacille (bacille de Klebs, de Lœffler) et qui a seul la propriété de reproduire la maladie. MM. Cornil et Mégnin ont retrouvé ce bacille tel que Lœffler l'a décrit, sous la peau et sur les muqueuses.

La même année M. Colin communiquait à l'Académie des sciences (2) le résultat des recherches qu'il avait entreprises sur la diphthérie des oiseaux. Il avait essayé d'abord de provoquer chez des pigeons, des poules, etc., l'apparition de la diphthérie en se servant des fausses membranes humaines. Il n'a pas eu de résultat, et il en avait conclu que si les affections membraneuses des animaux sont spécifiques, leur spécifité est d'une autre nature que la diphthérie humaine.

Cette conclusion n'est plus aujourd'hui l'expression de la vérité. MM. Roux et Zartin (3) ont pu, non plus avec la fausse membrane, mais avec des cultures pures du bacille de Klebs et de Lœffler, déterminer des lésions de diphthérie typique chez les animaux de ce genre. Nous avons nous-même, au laboratoire de M. le professeur Grancher, obtenu des résultats

(1) Journal de l'Anatomie, 1885.
(2) Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 1885.
(3) Annales de l'Institut Pasteur, 1888.

Quelle est la cause de cette décroissance? L'incertitude de l'avenir réservé aux inspecteurs avant le décret du Conseil d'Etat, doit peut-être entrer en ligne de compte; mais ce n'est qu'un des petits côtés de la question.

La forme des rapports, telle qu'elle est imposée aux inspecteurs par l'administration, les oblige à d'inutiles redites et à la rédaction hâtive d'observations sommaires qui n'auront jamais l'intérêt de quelques observations complètes et raisonnées, et que remplacerait avantageusement une statistique détaillée et exacte, où le nombre des guérisons ne s'élèverait pas aux chiffres invraisemblables accusés par certains rapports.

Puis il faut ajouter, à la décharge des inspecteurs, que l'absence de toute sanction aux plaintes réitérées de nombre d'entre eux, est bien faite pour décourager les bonnes volontés les plus tenaces.

Il est incontestable que plusieurs inspecteurs n'osent pas signaler officiellement et avec toute la ténacité désirable, les imperfections de leur établissement ou de leur station, dans la crainte d'effrayer la clientèle ou de s'attirer des inimitiés; si d'autre part, leurs plaintes restent non avenues devant l'administration qui les relègue dans les archives, comment exiger d'eux qu'ils persévèrent dans des réclamations aussi inutiles pour la station que dangereuses pour leurs bons rapports avec le propriétaire ou le directeur de l'établissement? Il faudrait supposer des inspecteurs par trop détachés de leurs intérêts pour entreprendre cet héroïque apostolat! Ce n'est pas à dire qu'il n'en existe pas; l'Académie tient à constater qu'il y en a: on pourrait même citer des noms, parmi lesquels celui de M. Caulet, inspecteur de Saint-Sauveur, dont l'énergie ne s'est jamais démentie; mais on accordera qu'ils constituent une minorité d'autant plus respectable qu'elle est plus restreinte.

L'Académie n'ayant pas qualité pour modifier ces errements, mais convaincue que les inspecteurs rempliront d'autant mieux leur devoir que leurs réclamations seront mieux écoutées, se borne à signaler cet état de choses à votre compétence.

Puisque tout s'accorde aujourd'hui pour maintenir l'inspectorat, il s'agit d'en tirer tout le parti possible dans le suprême intérêt des eaux françaises; et l'une des meilleures manières de le faire,

analogues. Lorsqu'on irrite, qu'on érode la muqueuse buccale d'un pigeon, et qu'on inocule à ce point la culture du bacille diphthérique, on obtient très rapidement une diphthérie expérimentale typique, qui est déjà manifeste au bout du premier jour. D'ailleurs, c'est un fait d'observation que les animaux de basse-cour, enclos dans le voisinage du pavillon d'isolement à l'hôpital des Enfants-Malades, prennent souvent la maladie et en meurent. Chez les pigeons inoculés par le procédé que nous venons d'indiquer la mort ne se fait guère attendre au-delà du cinquième jour.

Quant à la virulence particulière des différentes humeurs, M. Colin est arrivé aux résultats suivants en ce qui concerne les oiseaux seuls.

Les sécrétions des muqueuses, les exsudats des muqueuses et des viscères sont très virulents. Le sang et le mucus intestinal le sont moins.

Les oiseaux sont donc susceptibles de contracter la diphthérie, et c'est par leur intermédiaire que les fumiers, ensemencés pour ainsi dire, demeurent des foyers d'infection et de dissémination.

En 1887, à la Société nationale de médecine de Lyon et à l'Académie des Sciences, M. Teissier est revenu sur cette question.

A Lyon, dit-il, cette étude est favorisée par ce fait que la diphthérie y est une maladie neuve, bien qu'en progrès. Les décès sont rares, et chaque cas peut y être rigoureusement analysé au point de vue étiologique.

D'après ses recherches, la diphthérie a pour voie d'absorption essentielle les muqueuses respiratoires, et elle se transmet par l'intermédiaire des poussières atmosphériques. Les poussières émanées des fumiers, des dépôts de chiffons et de paille sont particulièrement suspects.

D'autre part, la diphthérie (à Lyon) ne serait que rarement directement contagieuse. Sur 180 cas observés et analysés par M. Teissier, la contagion directe n'a pu être retrouvée qu'une dizaine de fois. Les cas hospitaliers développés intérieurement sont exceptionnels, les cas isolés sont la règle. Donc la source d'infection est ailleurs.

Ces conclusions semblent légitimes, et, en bonne logique, on ne peut tirer des faits qu'on observe que les conclusions qu'ils renferment. Malheureusement, en ce qui concerne la contagion directe, il n'en est pas toujours ainsi que le dit M. Teissier, du moins à Paris.

Tous ceux qui ont passé par les hôpitaux d'enfants savent la fréquence des cas intérieurs et, d'autre part, le personnel qui donne des soins aux enfants diphthériques est frappé assez souvent pour que la question de la contagion directe soit bien près d'être une certitude. Mais ces réserves faites, les conclusions de M. Teissier, au point de vue de l'origine de certains cas, de certaines épidémies, n'en gardent pas moins toute leur importance et tout leur intérêt scientifique et prophylactique.

Ses recherches l'ont conduit aux mêmes résultats que ceux auxquels Klebs était arrivé.

Ainsi, très fréquemment dans le voisinage, souvent sous la fenêtre même du malade il existait des fumiers, des dépôts de chiffons ou de paille susceptibles de donner naissance à ces poussières (18 fois sur 46 faits étudiés avec soin en 1885). Mais ce n'est pas tout, ces poussières, émanations de ces fumiers, doivent être chargées de l'agent pathogène et pour cela : « Les volailles, poules et pigeons, susceptibles de contracter la diphthérie sont très probablement les agents de cet ensemencement. »

M. Teissier dit très probablement : c'est qu'en effet la preuve n'est pas encore faite d'une façon assez absolue. Au Congrès de Nancy la question avait été incidemment traitée à propos d'une communication de M. Delthil. MM. Verneuil et Bouchard avaient insisté sur les rapports qui doivent exister entre les épidémies de diphthérie humaine et la pépie des volailles. Ces idées d'ailleurs sont plus anciennes ; mais, je le répète, la preuve scientifique est à faire.

Il serait à désirer aussi que les médecins chargés de faire des rapports sur les épidémies diphthériques dans des pays où elle n'était pas connue jusque-là, s'inquiétassent un peu de cette question. Les conditions d'observation sont excellentes ; et les médecins qui exercent dans des centres moins importants, sont mieux placés pour suivre et pour démêler les causes d'une épidémie, que les médecins des grandes villes, dans lesquelles les probabilités de contagion sont beaucoup plus obscures et beaucoup plus problématiques.

Malheureusement, c'est un point de la question qui n'est même pas effleuré. Les auteurs des rapports s'étendent avec beaucoup de détails sur l'état d'humidité de l'atmosphère, sur la pression barométrique... toutes causes qui peuvent certainement avoir de l'influence sur la prédisposition et la réceptivité individuelles, mais on ne trouve rien sur la question qui nous occupe.

J'ai parcouru des rapports très consciencieux sur les épi-

---

c'est d'assurer les pouvoirs de l'inspecteur, en n'élevant à cette fonction que le plus digne et le plus instruit. Mais l'autorité qui jouit de la prérogative d'investir un médecin de ce titre lucratif, se détermine quelquefois d'après des influences politiques qui ont été, trop souvent aussi, le mobile d'injustes destitutions. De quelle influence veut-on que jouisse un inspecteur qui doit sa nomination à des intrigues ou à des services extra-médicaux, et qu'un changement politique peut briser à chaque instant ?

La présentation par l'Académie, impartiale et compétente, donnerait aux élus le prestige qui leur manque aujourd'hui, parce qu'ils ne devraient leur élévation qu'à leurs travaux et à leur mérite personnel. Et la campagne menée par les médecins consultants contre l'inspectorat perdant, par ce fait même, sa principale base d'opération, s'épuiserait bientôt, au grand bénéfice de nos stations et de la dignité du corps médical, qu'une telle lutte finirait par compromettre singulièrement.

Ces vœux vous ont été déjà transmis à plusieurs reprises ; mais il n'était pas inutile d'insister encore pour que satisfaction leur soit enfin donnée, tant sera salutaire l'influence que leur prise en considération peut exercer sur la prospérité des eaux minérales.

Quant aux médecins consultants, s'ils tiennent à exercer un contrôle effectif sur les établissements thermaux, il n'ont qu'à suivre l'initiative de leurs confrères de Royat et à se réunir en société dont l'autorité collective aurait plus de poids auprès des compagnies et de l'administration que l'autorité individuelle et purement nominale de l'inspecteur.

IV

Avant d'aborder l'analyse du mouvement scientifique et administratif de nos stations pendant l'année 1886, il ne reste plus à l'Académie qu'à dire quelques mots des conditions du traitement thermal des indigents et des réformes qu'il y aurait lieu d'apporter dans ce service.

Pour cela, nous trouvons dans un remarquable mémoire manuscrit que M. Caulet a annexé à son rapport annuel : « *Du traitement thermal des indigents dans les Hautes-Pyrénées,* » nombre

démies de diphthérie de Saint-Dié (1), de Bourg (2), etc., et sans résultat. Il y a donc là pour l'avenir un point intéressant et important à signaler aux médecins qui, exerçant dans des milieux restreints, sont à même d'apporter des documents très importants à l'histoire des épidémies de diphthérie.

Que conclure de ce qui précède : c'est que, d'une part, il faut éloigner des centres habités et des maisons particulières, les dépôts fermentescibles qui peuvent, à certains moments, être des agents de propagation de la diphthérie; et, de l'autre, surveiller avec soin les basses-cours et les pigeonniers, afin de détruire immédiatement tous les animaux portant dans la gorge la moindre fausse membrane suspecte.

Il est à désirer également que les médecins chargés de faire les rapports sur les épidémies diphthériques dans les centres où elle ne s'était pas montrée jusque-là, fassent une enquête sérieuse sur l'état de santé des animaux de basse-cour. C'est par un grand nombre d'observations qu'on pourra arriver à cet égard à une certitude complète. Dr H. BARBIER.

(1) Grollemund. Épidémie de diphthérie à Saint-Dié, Nancy, 1882.
(2) Rasurel. Relation de l'épidémie de Bourg. Lyon, 1882.

GYNECOLOGIE

Opération d'Alexander, par E. Potherat, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

(Suite et fin.)

Il s'agit maintenant de trouver le ligament rond, car ce serait une erreur de croire que l'on va au milieu de cette masse l'apercevoir ou le trouver. Ce serait vainement que l'on tenterait de l'isoler à ce niveau : il n'existe plus ou plutôt il est dissocié en fibres divergentes. Ce n'est donc pas à l'orifice, mais dans le canal que l'opérateur va chercher.

Pour cela, à l'aide d'une sonde cannelée, il entr'ouvre l'orifice, en détruisant le petit intervalle celluleux qui réunit les piliers; pénétrant ainsi dans le canal, avec la sonde cannelée, il détache des parois tout ce qui y adhère et isole un petit faisceau formé de tout ce que contient le canal. Ce petit faisceau on peut le charger sur le doigt, ou mieux, ainsi que le fait M. Trélat, sur une aiguille de Deschamps, courbe sur son champ. On est certain alors que cette aiguille contient le ligament cherché, mais il faut encore l'isoler des parties avec lesquelles il est englobé. Pour cela, pendant qu'une main, à l'aide de l'aiguille-chargeoir, tend le faisceau, l'ongle de l'autre main le dissocie, et l'on aperçoit bientôt un cordon de volume variable, ordinairement petit à ce niveau, mais tranchant par sa forme et sa couleur blanc mat, sur les parties ambiantes; ce cordon blanc, on achève de l'isoler et on le saisit avec une pince hémostatique, comme le conseille M. le professeur Duplay; c'est le ligament rond. Par son bout périphérique il se perd dans la petite masse cellulo-graisseuse signalée plus haut; par son bout central il se prolonge dans le canal. On pourrait croire qu'ayant en main ce ligament il va suffire de tirer dessus pour l'amener et avec lui l'utérus. Il n'en est rien, l'utérus restera immobile alors même que la traction serait énergique jusqu'à rompre le ligament; c'est qu'en effet celui-ci est partout adhérent dans le trajet inguinal et qu'il faut d'abord l'isoler sur toute sa longueur pour qu'il puisse agir sur l'utérus. C'est donc à détruire ces adhérences, cellulaires, fibreuses, vasculaires, nerveuses et même musculaires que nous allons nous assujettir. Pour cela l'opérateur, tenant d'une main la portion isolée du ligament, à l'aide des ongles de l'autre main détache brindille par brindille, pour ainsi dire, les adhérences de l'extérieur vers l'intérieur, très laborieusement d'abord, puis plus facilement; enfin bientôt il constate que le ligament vient à lui, mais il constate en même temps que le ligament, devenu beaucoup plus gros, est enveloppé d'un manchon analogue à un doigt de gant retourné. Ce manchon, formé d'un mince feuillet venu de l'intérieur, c'est le péritoine qui enveloppe le ligament rond dans l'abdomen et qui, par la traction, se trouve entraîné avec le ligament vers l'extérieur, formant autour de ce ligament une sorte de canal séreux, reproduction exacte de ce canal de Nück que l'on a dit exister fréquemment, au moins chez les petites filles, mais qui est en réalité une anomalie très rare (Duplay) (1).

Ouvrir ce repli séreux, ce serait ouvrir la cavité péritonéale, ce qui n'aurait pas une importance sérieuse si l'on a été bien aseptique, mais ce qu'il vaut mieux éviter, la chose étant d'ailleurs facile; pendant qu'une main tire sur le ligament, le pouce et l'index de l'autre main, appliqués sur lui exactement, refoulent le cul-de-sac séreux vers l'intérieur : les adhé-

(1) Dans une courte note à la Société anatomique (1888, Bull. de la Soc. anatomique, 5e série, tome II, page 125), notre très distingué collègue Broca dit à tort que M. Duplay a nié l'existence de ce canal. M. Duplay a démontré que l'existence de ce canal constitue une anomalie fort rare, mais non introuvable. Ainsi s'explique que Broca en ait pu rencontrer plusieurs exemples.

---

de documents de la plus haute valeur qui ne doivent pas passer inaperçus.

La saison des indigents s'étend, dans les Hautes-Pyrénées, du 1er mai au 15 juin et du 1er septembre au 15 octobre, sauf les cas d'urgence constatée ; mais comme les cahiers des charges ne disent pas qui doit être juge de l'urgence, les compagnies l'apprécient elles-mêmes à l'occasion, et chaque année il leur arrive de refuser des indigents envoyés dans ces conditions. De même, les actes de concession ne définissant pas ce qu'il faut entendre par indigent, les compagnies ont été amenées, dans quelques cas, à se faire juges de l'état d'indigence des malades qui leur sont adressés. En présence des abus dans la délivrance des certificats d'indigence et d'urgence, il est naturel que les compagnies soient en défiance et cherchent à protéger leurs intérêts ; mais, en bonne justice, il semble aussi qu'elles ne devraient pas disposer elles-mêmes en leur propre cause et que les indigents ont droit à un examen impartial et contradictoire. L'institution d'une commission arbitrale trancherait les constatations et sauvegarderait tous les intérêts.

Dans les établissements thermaux des Hautes-Pyrénées, aucune précaution n'est prise pour assurer la distribution des heures et éviter l'encombrement. A la piscine de Barèges, la place est littéralement prise d'assaut, ce qui n'a rien de surprenant si l'on songe que les cinq grandes stations de ce département ont reçu en cinq ans plus de 16.000 malades, soit 3.200 par an en moyenne. Cette affluence rend très difficile et forcément incomplet, le rôle de l'inspecteur chargé de l'assistance médicale.

Les dispositions prises récemment (16 août 1884) à l'occasion de la mise en adjudication des établissements appartenant au domaine (Bourbonne-les-Bains, puis Néris et Bourbon-l'Archambault) montrent que votre département s'est déjà ému de ces graves difficultés et qu'il n'entend pas laisser porter préjudice aux droits des indigents au traitement thermal pendant toute la saison. L'Académie est convaincue que les mesures prises alors doivent être généralisées dans la mesure du possible et qu'une organisation régulière et centralisée de l'Assistance aux eaux minérales ne pourra que contribuer au développement des stations.

Parmi les lacunes qui existent encore dans le service des indigents, il en est une qui ne peut manquer de vous frapper et qu'il

rences n'étant pas fortes, cette sorte de « dépouillage » se fait aisément.

Jusqu'où dépouillera-t-on le ligament? C'est là encore un point auquel on ne peut indiquer une limite par une mensuration en centimètres ou millimètres. On le dépouillera assez loin, puis on isolera de même l'autre ligament, et c'est lorsque l'on aura en main les deux ligaments que l'on se rendra compte, par la situation que la traction donnera à l'utérus, si l'on est allé suffisamment loin, ou s'il faut encore dénuder dans une petite étendue.

L'isolement du second ligament se fera exactement de la même façon que celui du premier; l'opérateur passera du côté correspondant s'il lui convient mieux, mais il peut fort bien faire cette seconde opération sans changer de côté; pendant qu'elle s'effectue un pansement provisoire protège la première plaie opératoire. Les deux ligaments isolés, il faut les réséquer dans l'étendue nécessaire et suturer le bout central à l'orifice externe du canal inguinal. C'est par cette suture que l'opérateur commence.

Pour cela, il change la position de la femme que l'on place de telle façon que le siège déborde la table d'opération, les deux membres inférieurs étant toujours maintenus dans l'extension; puis il fait appel à un deuxième aide qui, le doigt dans le vagin, s'assure que l'utérus se réduit bien par la traction et que par suite l'isolement des ligaments ronds a été poussé assez loin; dans le cas contraire, le chirurgien complète ce qui manque; puis il fixe à l'aide d'une pince à forcipressure placée sur le ligament le point où celui-ci devra être coupé après suture. Le même aide alors retire le doigt vaginal, introduit dans la cavité utérine un hystéromètre assez fort et, à l'aide de cet hystéromètre, il réduit et maintient réduit l'utérus pendant tout le temps que le chirurgien fera la suture des ligaments.

Pour cette suture on se sert de l'aiguille de Reverdin; l'aiguille courbe qu'a fait construire M. Trélat est particulièrement pratique pour ce faire; à défaut de l'aiguille de Reverdin on peut fort bien d'ailleurs se servir d'une aiguille courbe ordinaire. On peut de même employer le catgut; mais on est rarement très sûr de l'asepsie de celui-ci, et d'autre part il peut se résorber très rapidement. Nous pensons qu'il faut lui préférer la soie aseptiée à l'acide phéuique ou au sublimé. Quelques opérateurs suturent le ligament rond à un seul des deux piliers; cette pratique a l'inconvénient de laisser le canal inguinal largement ouvert et par suite de favoriser la production ultérieure des hernies. Il vaut donc mieux oblitérer ce canal en suturant le cordon aux deux piliers.

Examinons un autre point: vaut-il mieux, comme Imlach, comprendre d'emblée dans la suture, téguments, piliers et ligament, ou suturer isolément les téguments? Pour nous cette seconde manière de faire est préférable; c'est cette suture à deux étages que font les chirurgiens que nous avons vus opérer et la plupart des opérateurs.

Revenons à notre suture du ligament rond. L'aiguille charge un des piliers puis perfore le ligament, traverse le pilier opposé et vient ressortir à l'extérieur. Trois à quatre fils de soie sont ainsi placés et noués sur le canal depuis sa partie la plus profonde jusqu'à son orifice externe, l'oblitérant ainsi dans toute son étendue et fixant très solidement le ligament.

C'est au ras de cet orifice externe que l'on sectionne le ligament, mais il est bon, au préalable, de placer, suivant le conseil de M. Trélat, sur le ligament lui-même, un petit fil de soie qui, le serrant fortement, empêchera tout suintement sanguin du bout central.

Le ligament réséqué tient encore par son bout périphérique qui se perd dans la petite masse cellulo-adipeuse précédemment signalée; on le sectionne au niveau de cette masse, on bien encore, comme le conseille M. Duplay, on l'emporte avec la masse elle-même que l'on résèque. On peut à ce moment mesurer sur un ruban métrique, avec ou sans tension, l'étendue de la portion réséquée, et on constate facilement que pour un même résultat obtenu, on a des longueurs variables d'une femme à une autre, 10,12, 14 centimètres et même plus, et même des longueurs différentes d'un ligament à l'autre.

Il ne reste plus qu'à faire la suture des téguments à l'aide de fils d'argent en ayant soin de faire un affrontement bien exact dans toute l'étendue de l'incision. Inutile de dire que plusieurs fois, avant toutes ces sutures, on fait, du champ opératoire, un lavage antiseptique très soigneux.

Doit-on placer un drain dans la partie inférieure de la plaie? Répondre à cette question c'est soulever le problème du drainage en chirurgie, problème en discussion actuellement. L'idéal en chirurgie, lorsqu'on opère en tissus sains, c'est évidemment la réunion immédiate, sans drainage, sans une goutte de pus, la guérison physiologique comme le disait dans une très intéressante leçon sur ce sujet, M. le professeur Trélat, le 3 février dernier. Mais cet idéal, pour être obtenu, nécessite la réalisation d'un ensemble particulier de conditions dont les principales sont une aseptie absolue, une hémostase complète, un affrontement exact de toutes les parties et

---

importe de combler au plus tôt. L'arrêté du Conseil d'Etat qui maintient l'inspectorat, s'appuie principalement sur ce fait que les inspecteurs sont chargés du soin des indigents, et que leur suppression ne permettrait plus d'assurer ce service. Si la nécessité de soigner les indigents est la principale raison d'être de l'inspectorat, encore faut-il que celui-ci s'acquitte exactement de cette fonction et assume sur lui-même une charge gratuite, il est vrai, mais que tant d'avantages pécuniaires viennent compenser dans les grandes stations. Or, il est flagrant que quelques inspecteurs négligent de remplir leurs obligations et qu'ils quittent la station pendant la seconde saison des indigents, laissant à quelques-uns de leurs confrères le soin de surveiller et de diriger les pauvres.

On pourrait même citer telle station où pendant la saison, le médecin inspecteur néglige totalement le service des indigents et appointe un officier de santé pour le remplacer.

L'Académie s'élève avec énergie contre ces abus qui n'ont que trop duré et dont la prolongation compromettrait encore davantage la cause déjà bien ébranlée de l'inspectorat. Il serait utile que l'on rappelât une dernière fois à leurs devoirs ceux des inspecteurs qui croient pouvoir se permettre d'y manquer, et que l'on n'hésitât même pas à recourir à des mesures plus radicales si cette nouvelle invitation restait encore sans effet.

V

La part des critiques étant faite, il est juste de reconnaître que l'année 1886 marque, pour un petit nombre de stations, un réel pas en avant. L'Académie a eu à juger quelques mémoires dont elle reconnaît la valeur scientifique, et qui montrent que, si certains médecins inspecteurs et consultants s'immobilisent un peu trop, à son gré, dans les positions acquises, quelques-uns marchent bravement au progrès et soutiennent d'une main toujours énergique les intérêts de la science et de leur pays.

---

leur immobilisation pendant tout le temps nécessaire à la réunion. Sans doute, ces conditions sont réalisables dans l'opération qui nous occupe et, dans tous les cas d'Alexander, nous avons vu notre éminent maître, M. Trélat, qui est un partisan convaincu de l'absence de drainage là où sa suppression est possible, supprimer le drain et obtenir une réunion si belle dans plusieurs cas qu'il était à peine possible au bout de dix à douze jours, de percevoir la ligne d'incision même, au milieu des poils renaissants. Si l'on n'est pas absolument sûr de son hémostase et de son aseptie il vaut mieux mettre dans l'angle inférieur de la plaie un bout de drain que l'on enlèvera d'ailleurs au plus tard le 3e jour. La réunion, si elle s'effectue, ne sera guère moins rapide et tout danger sera conjuré dans le cas contraire.

Quant au pansement, il ne présente pas de difficultés; évidemment c'est au pansement sec que l'on aura recours. On emploiera celui que l'on voudra pourvu qu'il soit aseptique, appliqué de façon à immobiliser la plaie, et notablement compressif.

Le pansement suivant, que nous avons employé nombre de fois dans le service de M. Trélat, remplit bien ces indications. Des bandelettes de gaze iodoformée, légèrement imbriquées, sont, après un lavage antiseptique bien soigneux, exactement appliquées de chaque côté de la ligne de sutures métalliques et parallèlement à elles; quelques compresses plus grandes recouvrent celles-ci et les premières; elles sont elles-mêmes recouvertes d'une bonne couche de ouate hydrophile, puis d'ouaté ordinaire; le tout est fixé par des bandes de gaze imbibées de solution antiseptique puis exprimées; ces bandes prennent le tronc et la racine des cuisses formant spica, dans le pli de l'aine. Légèrement amidonnées elles forment en séchant un appareil fixe et solide. Lorsque j'aurai dit que la vessie a été à nouveau vidée, le vagin soigneusement irrigué avec la solution de sublimé au millième, ou de l'iodure de mercure, et qu'un rouleau de gaze iodoformée est placé dans son intérieur de manière à assurer l'aseptie bien plus qu'à maintenir l'utérus en position comme on l'a dit, j'en aurai fini avec tous les détails de l'opération d'Alexander.

Tout cela paraît fort long, il n'en est rien; dans tous les cas, je parle ici de la pratique de M. Trélat et du cas de M. le Dr Segond, l'opération, ou plutôt la double opération a toujours été achevée pansement compris en une heure, et plus d'une fois nous l'avons vu effectuer en cinquante et même quarante minutes.

Les soins ultérieurs sont très simples; la femme replacée dans son lit est maintenue dans le décubitus dorsal; le décubitus sur le ventre a été conseillé pour éviter que l'utérus réduit ne retombe pas en arrière, mais pour des cas où l'opération d'Alexander n'avait pas été pratiquée. Cette position est trop incommode et d'ailleurs ici elle n'est pas indiquée. Pendant quelques jours la femme devra rester sans faire de mouvements; on la sondera aussi fréquemment qu'il sera nécessaire et on lui maintiendra les cuisses fléchies à l'aide d'un coussin placé transversalement sous le creux poplité.

Au bout de cinq jours au plus tôt, cinq à six jours habituellement, le pansement est levé, les fils de suture superficielle enlevés; la réunion est acquise, mais il faut encore pendant quelques jours éviter les mouvements brusques qui pourraient amener la désunion.

Quelles sont au point de vue thérapeutique les suites de cette opération. C'est là évidemment un point intéressant que de savoir si l'utérus réduit reste réduit lorsque la femme marche, repreud sa vie habituelle; mais cette partie de la question, qui d'ailleurs n'est pas encore absolument jugée à l'heure actuelle, ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé. Plusieurs de nos malades ont été revues récemment, de quatre à six mois après l'opération; les résultats sont jusqu'ici des plus satisfaisants. Dans les rétroflexions sans adhérences, le résultat est excellent; dans les rétroflexions adhérentes rendues réductibles, le résultat est plus incertain. Cependant sur trois cas de la pratique de M. Trélat nous avons deux résultats parfaits, une correction incomplète.

Nous avons voulu simplement décrire le manuel de l'opération d'Alexander en nous appesantissant sur des détails qui pourront paraître un peu spécieux à quelques-uns, mais qui ne paraîtront peut-être pas dénués de valeur à tous ceux qui voudront, pour la première fois, pratiquer cette opération que nous pouvons maintenant résumer de la manière suivante :

1° Rechercher les deux points de repère : épine du pubis, épine iliaque antéro-supérieure.

2° Inciser la peau sur la ligne qui les réunit dans une étendue d'au moins cinq centimètres, plutôt même davantage.

3° Inciser la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée sans s'inquiéter de la profondeur à laquelle on pourra être conduit, sans s'inquiéter des plans celluleux que l'on pourra rencontrer jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une aponévrose blanche, nacrée, resplendissante, formée de faisceaux plats à fibres toujours appréciables, parallèlement dirigées en dedans et en bas. — Bien libérer la surface de cette aponévrose-tendon.

4° S'assurer de la situation exacte de l'épine pubienne dans la profondeur de la plaie, et reconnaître immédiatement au-dessus et en dehors d'elle tantôt un petit peloton adipeux, tantôt une petite masse cellulo-vasculaire limitée de chaque côté par deux trousseaux de fibres linéaires plus accusées; là est l'orifice externe du canal inguinal.

5° Ouvrir ce canal avec la sonde cannelée, isoler de ses parois tout ce qu'il contient, et charger *ce tout* sur le doigt ou mieux sur un crochet courbe et mousse.

6° Dans *ce tout*, chercher, reconnaître, puis isoler le ligament rond; le dépouiller peu à peu de l'extérieur vers l'intérieur, et éviter d'ouvrir le repli séreux que lui forme le péritoine.

7° Répéter la même opération du côté opposé.

8° Réduire l'utérus, s'assurer que les ligaments ont été libérés dans une assez grande étendue, les fixer aux deux piliers par un plan de sutures au fil de soie phéniquée, réséquer la portion devenue inutile, puis réunir les téguments par un deuxième plan de sutures au fil d'argent.

9° Procéder au pansement des deux plaies et à l'aseptie vaginale.

10° Maintenir la femme au repos absolu dans le décubitus dorsal jusqu'à ce que la réunion soit totale et solide.

Nota. — M. Segond fixe le ligament d'une façon particulière à l'aide d'un nœud spécial fait avec le ligament lui-même, passant par deux orifices créés dans les piliers. — Ce nœud a de la tendance à glisser, mais on le maintient avec un point de suture à la soie passant à travers lui et les deux piliers. — Ce chirurgien pense ainsi fixer plus solidement le ligament qu'en le suturant aux piliers fibreux, peu aptes à contracter une solide réunion avec ce ligament.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DU CREUX POPLITÉ, CURE RADICALE, par Pierre DELBET, prosecteur à la Faculté. (1).

R... Gustave, âgé de 23 ans, entre le 18 novembre 1888, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat (salle Velpeau, lit 31). A l'âge de 14 ans, il y a 9 ans, il essayait de faire

(1) Communication à la Soc. anat., dans la séance du 11 janvier 1889.

jouer la baguette d'un revolver de petit calibre en prenant un point d'appui sur sa cuisse gauche, lorsqu'un coup partit. La balle pénétra par la face interne de la cuisse, à 18 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, à peu près exactement sur le trajet de l'artère fémorale. Elle traversa obliquement le creux poplité et vint se loger sous la peau de la partie externe du mollet. Elle fut immédiatement et facilement extraite. Quinze jours après, lorsque le pansement fut enlevé, le malade remarqua que sa jambe avait augmenté de volume, et qu'elle était sillonnée de grosses veines. Néanmoins il ne tarda pas à reprendre ses occupations habituelles. Pendant un certain temps il a porté un bas élastique, mais le bas, étant devenu trop petit, il n'en a plus porté depuis deux ans.

Il y a quatre ans, un ulcère se développa sur la face interne de la jambe, et il fallut un mois de repos complet pour en obtenir la cicatrisation. Deux mois plus tard, une phlébite assez sérieuse nécessita un mois de séjour au lit. Enfin un nouvel ulcère apparut il y a trois semaines; et c'est pour cet ulcère que le malade se présente à la consultation.

Tout le membre inférieur gauche est notablement augmenté de volume, il mesure en circonférence environ 7 centimètres de plus que celui du côté droit. A la pointe de la rotule G. 40 cent., D. 33. Au milieu de la rotule G 41,5, D. 34. Au-dessus de la rotule G. 41, D. 33,1. La peau est soulevée par des veines énormes, mais régulièrement dilatées et très différentes par leur aspect des veines variqueuses ordinaires. Il n'existe de troubles trophiques notables ni du côté des pieds, ni du côté des ongles. Mais la peau présente de nombreuses plaques pigmentaires, qui varient du jaune clair au brun foncé. A la face interne de la partie inférieure de la jambe, on voit une vaste plaque brune, au milieu de laquelle se trouve l'ulcère large comme une pièce de cinq francs. Toute la partie supérieure du creux poplité est soulevée par une tumeur considérable, qui présente tous les caractères d'un anévrysme artério-veineux. On peut facilement constater qu'il s'agit non pas d'une simple varice anévrysmale, mais bien d'un anévrysme variqueux, c'est-à-dire qu'il existe une poche. Toutefois l'œdème et l'empâtement ne permettent pas de bien circonscrire la tumeur.

Le malade est mis au repos. Pansement de l'ulcère. Compression ouatée de tout le membre.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'ulcère est cicatrisé, le membre dégorgé, et on peut alors facilement circonscrire la tumeur. On constate que vers le bas, elle s'étend jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, en haut elle arrive jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. De son extrémité supérieure à son extrémité inférieure, dans son diamètre vertical, elle mesure 12 centimètres; transversalement, elle occupe toute la largeur du creux poplité et mesure 12 centimètres. Les battements, l'expansion, le thrill et le souffle à renforcements systoliques sont très manifestes. En bas, les battements, le thrill et le souffle s'étendent jusqu'aux veines du pied. Ils sont faciles à percevoir dans la saphène interne au-dessous de la malléole. On ne sent le pouls ni de la pédieuse, ni de la tibiale postérieure. En haut, le souffle se prolonge jusque dans les vaisseaux iliaques. Au pli de l'aine, la fémorale bat avec une extrême énergie; elle paraît très augmentée de volume.

La température du membre malade est plus élevée que celle du membre sain de 3°5 à 4°.

Pour des raisons, qui seront exposées ailleurs, l'anévrysme a été extirpé le 12 janvier 1889, par M. le professeur Trélat. C'est le sac que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique.

Ce sac présente la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en haut. Il mesure 11 centimètres dans son grand diamètre vertical, 10 dans son plus grand diamètre transversal. A sa partie inférieure et interne, il présente une sorte de petit diverticule, qui s'insinuait entre les muscles jumeaux internes et demi-membraneux.

La veine poplitée pénètre dans sa partie la plus élevée; elle mesure 13 millimètres de diamètre. Elle sort du sac à sa partie inférieure, et ne mesure plus en ce point que 10 millimètres. La section a porté juste au-dessous d'une valvule, qui avait été forcée. Quand on regarde le sac par sa face antérieure, on voit l'artère pénétrer dans son épaisseur tout en haut, très près de la veine, et ressortir tout en bas. Mais en réalité la communication avec le sac ne se fait pas sur une aussi grande étendue. En étudiant la disposition avec plus de soin, on constate que le bout supérieur de l'artère s'ouvre dans le sac à 2 centimètres au-dessous de la partie la plus élevée. Le bout inférieur en ressort à 17 millimètres plus bas, mais l'artère ne redevient pas immédiatement libre, elle chemine dans l'épaisseur de la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres, et ne redevient indépendante qu'à la partie inférieure de l'anévrysme. En somme l'orifice de communication de l'artère avec le sac mesure 17 millimètres de long; mais l'artère est confondue avec le sac et absolument impossible à disséquer sur une étendue de 65 millimètres. Ce fait a une grande importance au point de vue opératoire. De plus cette artère, qui avait parue très augmentée de volume, est au contraire très rétrécie. Son bout supérieur aussi bien que son bout inférieur ne mesure que 3 millimètres de diamètre. Ce fait est en contradiction avec ce qu'on sait des anévrysmes artério-veineux.

La face interne du sac n'est pas revêtue de caillots. Il en existait seulement une mince couche d'environ 1 millimètre d'épaisseur dans le diverticule inférieur dont j'ai parlé.

La paroi du sac est très souple, mais elle est épaisse et résistante. Elle mesure en épaisseur de 2 à 3 millimètres, il est impossible de la déchirer; et elle est aussi difficile à couper qu'un morceau de cuir. Elle présente de nombreuses plaques d'athérome qui font saillie sur sa face interne. Les uns ont la consistance du tissu fibreux, les autres sont absolument calcifiées. Enfin on distingue facilement sur la paroi antérieure, profonde, articulaire du sac, l'orifice de sept artérioles, qu'il a fallu lier au cours de l'opération. Chacune de ces artérioles a à peu près le volume des collatérales des doigts.

Les points les plus importants de cette pièce sont :

1° Le volume du sac, qui est considérable pour un anévrysme artério-veineux;

2° L'englobement de l'artère dans la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres.

3° Le petit volume du bout supérieur de l'artère.

4° La présence de sept collatérales s'ouvrant dans le sac. Ces sept artérioles auraient été capables de ramener une quantité de sang suffisante pour empêcher la guérison de l'anévrysme, si on s'était contenté de lier les deux bouts de l'artère.

L'anévrysme, d'après la disposition relative de l'artère, de la veine et du sac, paraît appartenir à la variété enkystée-veineuse. Mais il est probable que le sac ne s'est pas constitué uniquement par une dilatation de la veine, et qu'une partie au moins doit être de nouvelle formation.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SPLÉNECTOMIE

(*Suite*) (1)

IV. — DEUX CAS D'EXTIRPATION DE LA RATE, par le Dr ASCH, *Archiv. für Gynækologie*, 1888. T. XXIII, fasc. I. p. 130.

V. — LE SORT DE LA SPLÉNECTOMIE PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES, par G. ADELMANN, *Archiv. für Chirurgie*. T. XXXVI, p. 442.

IV. — Des deux opérations de splénectomie, pratiquées par M. Fritsch, et publiées par M. Asch, l'une (*sarcome de la rate*), s'est terminée par la guérison, l'autre (*leucémie splénique*), par la mort. Il s'agissait, dans ce second cas, d'une femme dont

(1) Voir le numéro précédent.

l'état général était encore relativement satisfaisant; rapport du nombre des globules blancs au nombre des globules rouges 1 : 8; à plusieurs reprises on avait acquis la preuve que le sang de la malade avait conservé sa coagulabilité. Quatre heures après l'opération, la malade était en proie à la dyspnée, avec signes d'anémie généralisée; le pouls, assez plein, battait 96-100 à la minute; une heure plus tard la malade était morte.

A l'autopsie on trouva une foule de petits foyers hémorrhagiques disséminés dans le tissu cellulaire sous-jacent, au péritoine et dans l'épiploon; de plus un caillot de sang s'étendait, dans la cavité abdominale, depuis la commissure supérieure de la plaie opératoire jusqu'à la vulve; enfin, dans l'abdomen étaient répandus environ deux litres de sang presque entièrement liquide. Le cœur était le siège d'une légère hypertrophie concentrique. L'hémorrhagie, suivant l'auteur, a dû se faire après que l'abaissement de la pression intra-vasculaire, produit par la chloroformisation, se fut dissipé; à ce moment les thrombus de formation récente n'ont pu résister à l'accroissement de la pression sanguine. L'artère splénique ne présentait aucune trace de déchirure en aval de la ligature; la fragilité des vaisseaux, qu'on représente comme un des caractères de la leucémie, faisait donc défaut dans ce cas. De sorte que l'unique cause de l'hémorrhagie mortelle, survenue dans ce cas paraît avoir été l'accroissement de la pression intra-vasculaire résultant de la brusque suppression du réseau vasculaire logé dans la rate considérablement augmentée de volume. L'auteur conclut que l'on ne devra tenter la splénectomie qu'autant que la rate n'a pas encore atteint un volume excessif.

Une statistique dressée par M. Fritsch comprend 90 cas de splénectomie, dont 39 (43,3 0/0), terminés par la mort; 43 fois l'opération a été tentée pour remédier à une simple hypertrophie splénique d'origine palustre ou leucémique. Or, le taux de la mortalité a été sensiblement le même pour les cas où l'hypertrophie de la rate était une conséquence de l'intoxication paludéenne et pour ceux où elle était une manifestation de la leucémie. Preuve que celle-ci n'imprime pas, par elle-même, une gravité particulière au pronostic de la leucémie.

V. — Le travail de M. Adelmann est consacré à l'histoire de la splénectomie. D'après une notice plus ou moins digne de foi, cette opération aurait été pratiquée pour la première fois en 1549, par un Napolitain du nom de Zanarello. Quelques années plus tard, un chirurgien français du nom de Viard, enleva avec succès, chez une femme, la rate qui faisait hernie à travers une plaie de l'abdomen. Mais c'est seulement dans la première moitié de ce siècle que la splénectomie prit rang dans la pratique chirurgicale. En 1826, un chirurgien de Rostock, Quittenbaum, après s'être exercé sur des chiens en vie, tenta l'opération chez une femme hydropique, dans l'espoir de la guérir en la débarrassant de sa rate engorgée; cette tentative échoua. Plus de trente ans s'écoulèrent jusqu'à ce que l'essai fût repris par Küchler, de Darmstadt (1856) chez un homme qui avait eu les fièvres intermittentes quatorze années auparavant et dont la rate avait acquis un volume gênant. Cet homme succomba quelques heures après l'opération. La conduite de Küchler fit l'objet d'un blâme public, de la part des membres de la Société de médecine de Darmstadt.

Deux ans après, Spencer Wells, en Angleterre, fit avec succès sa première splénectomie; ce succès valut au chirurgien anglais de nombreux imitateurs. M. Adelmann a compté un total de 53 splénectomies pratiquées par des opérateurs de diverses nationalités: 19 en Allemagne, 13 en Angleterre, 8 en Italie, 5 en France, 3 en Amérique, 2 en Russie, 1 en Hongrie, 1 en Roumanie, 1 en Espagne.

Les renseignements recueillis par l'auteur sur 25 cas de splénectomie pratiqués pour cause de hernie de la rate prouvent que lorsque cet organe est sain, son extirpation comporte un pronostic favorable. Aucun de ces 25 cas ne s'est terminé par la mort, et tous les opérés ont récupéré une santé parfaite.

Le pronostic de la splénectomie est beaucoup moins favorable quand l'opération est faite chez un sujet dont la rate est malade ou qu'elle occupe une situation anormale. Sur 37 splénectomies pratiquées dans ces conditions, de 1877 à 1887, douze seulement se sont terminées par la guérison; dans 7 de ces cas l'opération avait été pratiquée pour cause de mobilité anormale de la rate, dans 2 autres, la rate était dégénérée en kyste; 1 cas de sarcome, et 1 cas de leucémie.

Sur 19 splénectomies pratiquées pour cause d'hypertrophie leucémique, 18 se sont terminées par la mort.

Quatorze cas d'hypertrophie simple de la rate ont donné 1 seule guérison et 13 cas de mort.

Quatre cas d'engorgement de la rate, d'origine palustre, ont donné 1 guérison et 3 décès.

Sur 9 cas de mobilité anormale de la rate, 7 se sont terminés par la guérison, 2 par la mort.

Sur 4 cas de dégénérescence kystique de la rate, il y a eu 3 guérisons et 1 décès.

Enfin, dans 1 cas de kyste échinocoque, dans 1 cas de sarcome et dans 1 cas d'abcès de la rate, la splénectomie a également abouti à la guérison.

La mort a été le plus souvent la conséquence d'une hémorrhagie ou des altérations consécutives du sang. L'anémie, la leucémie, le volume exagéré de la rate sont des circonstances défavorables au succès de la splénectomie.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude de l'obstruction intestinale par calculs biliaires, par M. Alexandre Gonzalez, Paris. Henri Jouve, imprimeur.

D'après les recherches consciencieuses de M. Alejandro Gonzalez, les Annales de la science médicale contiendraient 67 cas d'obstruction intestinale par calculs biliaires. L'auteur reproduit 28 de ces observations, et conclut que l'obstruction intestinale par calculs biliaires est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Pour qu'elle se produise, il n'est pas indispensable que le volume du calcul soit excessif. Beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, on l'observe surtout à partir de 50 ans.

Le passage des calculs biliaires volumineux dans l'intestin peut se faire par les voies naturelles considérablement dilatées, ce qui est très rare : presque toujours il a lieu à travers une ouverture fistuleuse des parois de la vésicule; la fistule cystico-duodénale est ordinairement latente; dans quelques cas, cependant, elle se manifeste par des symptômes qui sont ceux d'une péritonite localisée à l'hypochondre droit.

L'arrêt du calcul se fait ordinairement dans les dernières portions de l'intestin grêle, et au niveau de la valvule iléo-cæcale; quelquefois, il a lieu au-dessus du sphincter anal; très rarement l'obstruction se fait dans le gros intestin.

Tantôt l'obstruction est purement mécanique; tantôt elle est sous la dépendance du spasme de l'intestin, venant s'ajouter à un obstacle qui peut être faible relativement au calibre normal de l'intestin. Chez les vieillards, la paralysie de l'intestin, due à l'altération de ses parois, joue aussi un rôle important dans la production de l'obstruction.

Pour M. le Dr Gonzalez, il y a lieu de distinguer deux formes cliniques dans l'obstruction intestinale par calculs biliaires :

forme aiguë et *forme chronique*. Dans la première, la nature biliaire de l'obstacle est impossible à reconnaître; dans la seconde, elle pourra être soupçonnée et presque affirmée par les troubles habituels de la lithiase biliaire : crises antérieures d'obstruction, de durée variable, généralement courtes, et alternant avec des débâcles (obstruction incomplète); troubles gastriques divers dans l'intervalle des crises; pendant celles-ci, violentes douleurs particulièrement localisées à l'hypochondre droit, tympanite de la région épigastrique coïncidant avec un ballonnement peu prononcé du reste de l'abdomen, etc.

Le pronostic de l'obstruction intestinale par cholélithes est grave; la mort peut être due à l'intensité des phénomènes généraux, et le plus habituellement elle est le résultat de la péritonite qui complique si souvent cette forme spéciale de l'occlusion intestinale. La laparotomie n'a donné jusqu'à présent aucun résultat favorable; il n'est pas à dire cependant qu'elle doive, d'après l'auteur, être absolument rejetée; combinée à l'anus artificiel, elle donnerait peut-être de bons résultats. D[r] A.

BULLETIN

De la suspension dans le traitement de quelques maladies du système nerveux, entre autres de l'ataxie locomotrice progressive. — Des effets des associations microbiennes. — La matière vaccinante et la matière toxique dans les produits solubles fabriqués par les microbes. — Troisième séance du Congrès des médecins russes.

La méthode de Sayre dans le traitement du mal de Pott aura donné lieu à des applications thérapeutiques auxquelles sans doute l'auteur n'avait pas songé. Le D[r] Motchoukowsky, d'Odessa, a eu l'idée d'agir mécaniquement sur la moelle épinière, dans des cas de tabes, par la suspension pratiquée au moyen de l'appareil dont se sert le chirurgien américain pour placer le corset qui porte son nom; les résultats ont été des plus satisfaisants. Dès qu'il en a eu connaissance, M. Charcot ne pouvait manquer de les contrôler, et son chef de clinique, M. Gilles de la Tourette, a expérimenté dans son service la nouvelle méthode. Un mot d'abord sur la technique opératoire.

On commence par une séance de suspension d'une demi-minute. On renouvelle ces séances tous les deux jours en augmentant progressivement leur durée d'une demi-minute, sans dépasser cependant la durée maxima de quatre minutes. Toutes les 15 ou 20 secondes, on fait soulever les bras du malade pour rendre plus effective la traction exercée sur la colonne vertébrale. Les malades soumis à ce traitement à la Salpêtrière ont subi de 20 à 30 séances.

Les résultats obtenus ont été exposés par M. Charcot dans une de ses dernières leçons. Sur 14 tabétiques ainsi traités, 8 ont ressenti une amélioration remarquable, les autres, une modification favorable, mais moins marquée. Les symptômes qui sont d'abord amendés, et cela, dès les premières séances, sont ceux qui portent sur la marche et l'incoordination motrice. Aussitôt après la séance, les malades se tiennent plus facilement debout et peuvent faire des courses relativement assez longues. Cette amélioration, d'abord fugitive, dure ensuite de plus en plus longtemps et reste définitivement acquise après une dizaine de séances.

Le signe de Romberg disparaît à la suite de 20 ou 30 séances. Les troubles vésicaux sont ensuite modifiés et les fonctions tendent à redevenir normales. Les douleurs fulgurantes à leur tour deviennent moins intenses, moins fréquentes et s'atténuent jusqu'à disparaître complètement. L'état général, il va sans dire, participe à cette amélioration, le sommeil revient, les forces s'accroissent. Les fonctions génitales elles-mêmes reçoivent comme un coup de fouet et l'impuissance, si fréquente chez les tabétiques, fait place à un retour de la virilité.

L'étendue de l'amélioration paraît être en rapport avec la durée du traitement. Il est toutefois des symptômes qui ne subissent aucune modification, tels par exemple l'abolition du réflexe patellaire et les signes pupillaires.

L'influence de la suspension sur le réveil des fonctions génitales avait frappé M. Motchoukowsky et l'avait engagé à essayer de ce moyen dans des cas d'impuissance sexuelle indépendante du tabes; il avait obtenu de bons résultats. Chez deux neurasthéniques traités ainsi à la Salpêtrière l'impuissance a disparu et les fonctions sexuelles se sont rétablies.

Une amélioration non moins grande a été notée dans un cas de maladie de Friedreich. Par contre la méthode a échoué dans un cas de sclérose en plaques.

En somme cette méthode est d'une application encore trop récente pour qu'on puisse définitivement la juger. Mais les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici sont encourageants, et elle mérite d'autant mieux de fixer l'attention des praticiens et d'être expérimentée sur une large échelle que, appliquée avec certaines précautions, elle est inoffensive.

— M. Roger a fait, à la Société de biologie, une communication fort intéressante sur les effets des associations microbiennes. Il résulte de ce travail et de la discussion à laquelle il a donné lieu, que l'inoculation simultanée de deux microbes non pathogènes, ou de l'un d'eux et du produit de sécrétion de l'autre, peut entraîner rapidement la mort de l'animal auquel cette inoculation est pratiquée. L'immunité ou la réceptivité d'un être vivant pour telle maladie ne dépend donc pas seulement de la présence dans l'organisme du microbe, agent de cette maladie et des conditions propres à l'organisme lui-même, en d'autres termes de la semence et du terrain; un troisième facteur intervient : l'action réciproque du premier microbe et des autres microbes, pathogènes ou non pathogènes, qui ont pu pénétrer avec lui. Il y a conflit, d'un côté entre les microbes et les cellules de l'organisme récepteur, de l'autre entre les microbes eux-mêmes, et de cette mêlée générale peut sortir, comme résultante finale, l'atténuation ou l'exaltation de la virulence du premier microbe.

Ces faits ne constituent pas une pure conception de l'esprit; ils ont reçu une double démonstration expérimentale, les expériences *in vitro* ayant donné les mêmes résultats que celles poursuivies sur l'animal vivant. Nous ajouterons que la clinique vient les sanctionner en montrant deux maladies infectieuses, tantôt se favorisant (scarlatine et diphtérie), tantôt se combattant (bubon et érysipèle).

La connaissance de ces faits a une importance pratique considérable. Depuis que les substances chimiques élaborées par les microbes sont démontrées pouvoir être des vaccins pour les maladies engendrées par ces mêmes microbes, on cherche naturellement à multiplier la découverte de ces vaccins. Or ce n'est plus là qu'une des données du problème; il faudra en même temps se préoccuper de déterminer les espèces de microbes dont l'association avec le premier ou la substance soluble qu'il a fournie, peut favoriser ou empêcher l'immunité cherchée. Le problème ainsi posé paraît sans doute plus complexe; mais en mathématiques il est de notion élémentaire de résoudre toutes les inconnues, et cette règle ne s'applique pas moins aux recherches biologiques; vouloir simplifier ce qui de sa nature est complexe, c'est courir après des erreurs certaines.

L'enseignement qui se dégage des considérations précédentes est donc que, dans la recherche des vaccins, ou mieux dans la prophylaxie des maladies infectieuses, on doit se préoccuper de l'association des microbes, au même titre que, en

thérapeutique, on se préoccupe de l'association des agents médicamenteux.

— Nous ne quitterons pas les vaccins sans poser, avec M. Bouchard, quelques questions qui les concernent. La matière soluble vaccinante est-elle une qualité accessoire d'une sécrétion essentielle des microbes pathogènes ou l'attribut principal d'une sécrétion accessoire? La fonction vaccinante se confond-elle avec la fonction virulente, en d'autres termes, est-ce la matière toxique qui est vaccinante? Par quel mécanisme peut-on supposer que la matière vaccinante donne l'immunité? Le savant professeur a consacré à l'examen de ces questions l'une de ses plus intéressantes leçons, qu'il va publier prochainement, et il a cherché à les résoudre en s'appuyant sur les données d'une expérimentation rigoureuse.

La première question attend encore sa solution. Dans l'état actuel de la science, on peut, en effet, rattacher d'une manière fortuite la qualité vaccinante à un produit essentiel de la désassimilation du microbe, comme la toxicité appartient à nos principales matières excrémentitielles, ou en faire une fonction secondaire, à l'instar de la fonction chromogène de certains microbes.

Sur la seconde, après avoir admis d'abord que le microbe sécrète une matière unique qui confère l'immunité en raison même de sa virulence, M. Bouchard est aujourd'hui disposé à séparer la fonction vaccinante de la fonction virulente et à admettre, par conséquent, que le microbe sécrète une double matière, l'une vaccinante, l'autre virulente ou toxique.

Comment agit cette matière vaccinante pour produire l'immunité? Suivant M. Bouchard, elle modifie la nutrition des cellules, et ce type nutritif nouveau, anomal, continu se transmet aux générations successives des cellules, et crée ainsi un état constitutionnel comparable à l'immunité naturelle.

Mais, qu'on y prenne garde : cette déviation de leur type nutritif, cette vie anomale des cellules peut tourner à mal et conduire à un état pathologique. Chez M. Bouchard l'expérimentateur est doublé du clinicien; aussi conseille-t-il la plus grande réserve dans les applications à l'homme des résultats fournis par l'expérimentation animale, et termine-t-il sa leçon (v. le dernier n° du BULLETIN MÉDICAL) par ces sages paroles : « La vaccination par les produits solubles est pleine de promesses; mais elle est encore grosse de dangers. »

— L'institution de congrès médicaux annuels a produit de trop bons résultats pour ne pas se généraliser. La Russie a suivi le mouvement et la troisième session du Congrès des médecins russes vient d'avoir lieu à Saint-Pétersbourg du 3/15 au 10/22 janvier dernier. Les médecins n'ont pas tardé à comprendre l'intérêt de ces grandes assises nationales : de 500 membres présents à la première session, le nombre des adhérents s'est élevé à 1000 à la seconde, et à 1500 à la troisième. La haute société russe, en assistant à la séance d'ouverture, a témoigné de sa vive sympathie pour le corps médical.

Les travaux du Congrès ont été divisés en dix-huit sections répondant aux différentes branches des sciences médicales. Le Comité du Congrès a en outre organisé une exposition médico-chirurgicale destinée à montrer l'étendue et l'importance des progrès récents accomplis en Russie.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

AFFAIRE D'AVORTEMENT A LIÈGE. Nous avons parlé, dans un précédent numéro, d'une affaire d'avortement dans laquelle, à la suite d'une expertise médico-légale qui donnait prise à plus d'une légitime critique, un honorable médecin de Liège avait été impliqué et condamné. La cour d'appel de Liège vient de réformer la sentence des premiers juges et d'acquitter notre confrère, à la grande satisfaction de toute la population liégeoise.

— LES ARCHIVES DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Nous avons annoncé le dédoublement des anciennes *Archives de physiologie*. En quittant le recueil qu'il avait fondé avec Vulpian et M. Brown-Séquard, M. Charcot, avec la collaboration de MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy, vient de créer les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. La *microbie*, science nouvelle, occupera un rang important dans ces Archives, à côté de la physiologie et de l'anatomie pathologiques, des recherches de pathogénie, de chimie biologique et de thérapeutique expérimentale. Le sommaire du premier numéro, qui vient de paraître, donnera une idée de la voie dans laquelle est dirigé le nouveau recueil :

Mémoires originaux.

I. I. STRAUS et A. DUBARRY. — Recherches sur la durée de la vie des microbes pathogènes dans l'eau.

II. GRANCHER et DESCHAMPS. — Recherches sur le bacille typhique dans le sol.

III. R. LÉPINE. — De l'action de quelques antipyrétiques sur la consommation des substances hydrocarbonées.

IV. A. JOFFROY et CH. ACHARD. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aiguë de l'enfance.

V. HIPPOLYTE MARTIN. — Note sur la culture du bacille de la tuberculose.

VI. LANNEGRACE. — Influence des lésions corticales sur la vue.

VII. J. DARIER. — Contribution à l'étude de l'épithéliome des glandes sudoripares.

VIII. E. TROISIER et P. MÉNÉTRIER. — Histologie des vergetures.

Histoire et Critique.

De la génération spontanée, par I. Straus.

Analyses

Acide carbonique exhalé par les diabétiques, par Livierata. — Bacilles de la tuberculose dans l'air, par Cornet.

LES JOURNAUX MÉDICAUX ET LEURS VARIATIONS. — Un journal de Bruxelles honorablement connu, même en France, l'*Art médical* annonce qu'il va cesser sa publication. C'était un Français, le Dr Laussedat, qui, après Van Roosbroeck, avait dirigé et maintenu dans une situation fort honorable cet organe bimensuel. Le Dr A. Feigneaux avait recueilli dignement la succession de Laussedat lorsque notre compatriote, son exil cessant, put rentrer en France. L'*Art médical belge* aura vécu *vingt-quatre ans*. Nous adressons aux collaborateurs et aux nombreux amis du défunt, nos plus cordiaux sentiments de condoléance.

A côté de cette disparition anticipée d'un journal belge, signalons la naissance au delà des Pyrénées, d'un nouveau périodique, celui-ci mensuel. Il se présente sous le nom de *Revista Clinica de los Hospitales*, et a pour directeur le Dr Esquerdo (D. José Marix). Nous lui souhaitons la bienvenue.

Il n'y a pas que la naissance et le décès dans la vie d'un journal. Il peut y avoir aussi de simples transformations ou changements de direction. C'est le fait de la *Presse médicale Belge*, dont le directeur, le professeur H. Thiry, de l'Université de Bruxelles, se retire devant un comité de quatre rédacteurs après 40 ans de journalisme.

LA SPÉCULATION DANS L'INFANTICIDE EN ANGLETERRE. — Est-ce possible? Le secrétaire de la Société protectrice de l'Enfance

aurait déclaré, devant la Chambre des Lords, qu'en Angleterre plus de mille enfants seraient annuellement les victimes du désir qu'ont leurs parents de toucher des primes d'assurance en cas de décès. La mort serait provoquée généralement par l'insuffisance de la nourriture et par le manque de soins.

L'hypnotisme a Odessa. — Le gouverneur général d'Odessa vient d'imposer aux médecins de cette ville qui voudraient désormais appliquer l'hypnotisme au point de vue thérapeutique, l'obligation de se faire assister d'au moins deux de leurs collègues à chaque séance. (D'après la *Riforma medica*.)

Congrès international de physiologie. — Ce Congrès, dû à l'initiative de la Société anglaise de physiologie, se réunira à Bâle, le 10 septembre prochain. Outrepassant les limites que son titre lui imposerait, ce Congrès s'occupera aussi des questions relatives à l'anatomie, à l'histologie, à la physique et à la chimie biologique, à la pathologie expérimentale et même à la pharmacologie.

Hygiène scolaire. — Une mesure importante vient d'être prise par le Ministre de l'instruction publique au sujet de la vaccination. Désormais tout enfant qui aura atteint sa dixième année, devra, pour être admis ou maintenu dans une école primaire, être revacciné par les soins du médecin attaché à l'École ou délégué à cet effet par l'administration scolaire. En outre, tout candidat à une École normale primaire devra fournir un certificat de vaccine et un certificat de revaccination.

NOUVELLES

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — A l'unanimité, la Faculté vient de réélire, comme doyen, M. Pitres, démissionnaire.

M. Lacaze est chargé des fonctions de préparateur de physiologie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gerhaud, agrégé, est chargé pour l'année 1888-89, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologique.

⁂

École de médecine de plein exercice de Besançon. — M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'instruction publique, vient de se rendre à Besançon pour procéder à l'installation comme École de plein exercice, de l'École de médecine préparatoire de cette ville.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour une place de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Bordeaux. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

⁂

Hôpitaux de Paris. — Un concours, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'ouvrira le mercredi 27 février 1889, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

Les inscriptions sont reçues de midi à trois heures, du lundi 28 janvier au lundi 11 février 1889.

Concours de l'Internat. — Nous avons donné dans le précédent numéro les noms des internes titulaires nommés : voici ceux des internes provisoires :

— 1. MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand, Thiercelin, Gauthier (Charles).

11. Barrié, Bouneau, Rancurel, Sabouraud, Baudron, Cautru, Vassal, Pompidor, Glover, Dudefoy.

21. Baillet, Guitton, Dupasquier, Béchet, Sorel, Perruchet, Degueret, Souligoux, Michel, Morax.

31. Bouel, Brésard, Piole, Dubrisay, Huguenin, Marx, Veslin, Malapert, Caryaphyllis, Trékaki.

41. Dominguez, Martin-Durr, Saguet, Binaud, Aubert, Auscher, Potier, Laurent-Préfontaine, Ehrhardt (Christian), Mignot.

— MM. les internes des hôpitaux sont informés que leur répartition dans les services hospitaliers, qui était fixée au mardi 22 et au mercredi 23, aura lieu le lundi 28 à 2 heures, pour les internes de deuxième, troisième et quatrième années, et le mardi 29, à 1 heure 1/2, pour les internes de première année et les internes provisoires.

⁂

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 15 janvier, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *au grade de médecin en chef*, M. Laugier, principal; *au grade de médecin principal*, M. Burot, médecin de première classe; *au grade de médecin de première classe*, MM. les médecins de deuxième classe, Dehleune, Morain et Roussin.

⁂

Concours pour des places de médecins suppléants et de chirurgien suppléant à Saint-Lazare. — MM. les docteurs qui désireront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'État, directeur), rue Cambacérès, 11, de dix heures à quatre heures, et y déposer leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription ouvert le lundi 28 janvier, à dix heures, sera clos définitivement le samedi 23 février, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 28 février, avis de la décision les concernant.

Asile d'aliénés du Bon Sauveur, à Caen. — M. le Dr Gosselin est nommé médecin de l'asile en remplacement de M. Maheu, démissionnaire.

Sanatorium de Banyuls (Pyrénées-Orientales) M. le Dr Gaz (d'Arles) est nommé médecin-directeur.

⁂

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le Dr Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 2 février à 5 heures du soir dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 29 juin 1888.

Composition du bureau pour 1889 : Président, M. Danjoy ; vice-présidents, MM. Philbert et Sénac-Lagrange ; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. Bottey et Schlemmer ; trésorier, M. Royes ; archiviste, M. Cazaux.

— Nous recevons avis de la suspension provisoire de publication de la *Gazette de Gynécologie* par suite du mauvais état de santé actuel de son rédacteur en chef.

Le Dr P. Ménière a dû pour le même motif fermer son importante Clinique hospitalière de la rue du Pont-de-Lodi et se limiter jusqu'à nouvel ordre à la clientèle de ville.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Huguet. De la valeur thérapeutique des injections du sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection. — Mlle Schultze. La femme médecin au XIXe siècle. — M. Sérieux. Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. — M. Ter-Zakhariantz. Etude physiologique et thérapeutique de l'Eschaltzia californica. — M. Briend. Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise (oleum cinereum).

M. Boukteieff. Etude sur les néphrites syphilitiques précoces. — M. Chevillot. De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch.

M. Doucet. Septicémie intestino-péritonéale. — M. Médail. Hypertrophie de la rate. Sa valeur diagnostique dans la tuberculose du premier âge.

M. Schrœder. Des métrorrhagies dans les premiers mois de la grossesse. — M. Plichon. Tuberculose des lèvres. — M. Rooryck. Du béribéri à forme paralytique. — M. Fouriaux. Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. — M. Millard. Des œdèmes dans la maladie de Basedow. — M. Bielawski. De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses. — M. Texier. De la trépanation par évulsion. — M. Vilcoq. Fractures intra-utérines. — M. Leudet. Essai sur le rétrécissement tricuspide. — M. Bertin. Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac. — M. Becigneul. De la dissection du cerveau.

M. Catoir. Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière. — M. Pelissié. Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 13 AU SAMEDI 19 JANVIER 1889

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 2. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 56. — Autres, 10. — Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 59. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 31. — Pneumonie, 65. — Gastro-entérite des enfants (sein), 8. — Biberon, 29. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 1. — Fièvre et péritonites puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 37. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 189. — Causes inconnues, 12. — Total : 1027.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelle Géographie universelle, La Terre et les Hommes, par Elisée Reclus T. XIV. Océan et terres océaniques; contenant 4 cartes en couleurs tirées à part, 201 cartes intercalées dans le texte et 35 vues ou types gravés sur bois. Paris, Librairie Hachette et Cie, 79, Boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA CÉPHALALGIE.

Comme celle des névroses, la physiologie pathologique de la céphalalgie est encore environnée de la plus grande obscurité. Tant qu'on n'aura pas saisi sous le microscope les lésions qui donnent naissance à ce symptôme, ou plutôt, tant que la chimie biologique ne nous aura pas montré, par l'analyse des liquides nourriciers, dans quelles mauvaises conditions de nutrition se trouvent alors les centres nerveux, on ne pourra qu'ajouter de nouvelles hypothèses aux hypothèses faites anciennement. Ce n'est pourtant pas une raison pour se désintéresser du problème, car, si on ne peut le résoudre actuellement, on peut cependant commencer à dégager quelques-unes de ses inconnues et à circonscrire ses points obscurs. Il y a dès à présent certains faits acquis qu'il est bon de connaître et sur lesquels on peut se baser pour faire de nouvelles recherches. On ne connaît pas les lésions anatomiques qui accompagnent les différentes formes de céphalalgie, mais on précise chaque jour davantage les conditions étiologiques qui favorisent leur développement, et par elles il est permis de tenter l'étude de leur physiologie pathologique. Un travail récent de mon ami, le Dr Chanmier (1), élève de notre maître commun, le Professeur Pierret, vient d'apporter de nouveaux documents du plus haut intérêt pour l'étude de cette question ; nous lui ferons de larges emprunts.

II

Il est exceptionnel qu'un auteur ait jamais cherché pendant longtemps l'explication des céphalalgies. Selon les cas qu'il rencontrait plus habituellement, chacun proposait une explication vague, paraissant en rapport avec les symptômes observés, et tandis que l'un incriminait la congestion du cerveau, un autre mettait en cause l'anémie. Comme les causes de la céphalalgie sont extrêmement nombreuses, on avait une tendance à admettre que ce phénomène se produisait dans chaque cas par un mécanisme particulier et que son siége était des plus variables. Ce siège était surtout localisé, il y a peu de temps encore, dans les enveloppes de l'encéphale, sauf cependant l'arachnoïde et la pie-mère (Hoffmann), dans le crâne, le péricrâne, la peau et les muscles de la région, et les fosses nasales. Les expériences de Magendie, en venant confirmer le fait avancé autrefois par Van Swieten, que le cerveau pouvait être impunément irrité sans que l'animal sujet de l'expérience donnât un signe de douleur, fortifièrent ces théories qui localisaient la céphalalgie dans les parties voisines de l'encéphale et non dans l'encéphale lui-même. Aussi Chomel, imbu de ces idées, avait-il pu dire : « Quand je vois un malade en proie à une forte céphalalgie, je suis entraîné à en chercher la cause dans les organes éloignés... » et Lasègue, toujours heureux d'écrire une phrase à effet, alors même qu'elle choquait la

(1) J. Chaumier. Essai sur le mal de tête. Thèse de Lyon, 1888.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

La Médecine fermée d'autrefois. — Vulgarisation d'aujourd'hui. — Un livre publié à Hanoï : *L'instruction médicale à l'usage des postes militaires dépourvus de médecin* par le Dr Dujardin-Beaumetz. — Les infirmiers et la médaille du Tonkin. — Un *méfiant*. — Indiscrétions d'Annuaires. — Les *Territoriaux* de Paris. — Médecins militaires Parisiens et Provinciaux. — Le supplément de solde du Gouvernement de Paris. — Les centaines de démissions et leurs causes. — Lyon. — L'Ecole. — Le duel du sud-est et du sud-ouest. — Baudin chirurgien sous-aide et aide-major aux zouaves. — L'effectif des médecins militaires en 1838. — Un retard périodique de la *Statistique médicale de l'armée*. — Une inexactitude grave. — Réforme d'un plan modestement confus. — Economie de l'Ecole de médecine militaire de Netley. — Les cahiers de 1889 de la Médecine militaire française.

I.

En principe les médecins, voulant garder leur domaine de l'invasion, eurent l'idée d'en fermer les abords par une muraille de la Chine. Ces défenses artificielles furent le costume, le latin d'officine, les « humeurs peccantes » toutes choses que Molière mit au point du théâtre en les grossissant quelque peu, j'imagine, pour cette optique spéciale.

Puis peu à peu, à mesure que la médecine grandissait et se défendait mieux par sa large surface de parcours, on baissa les ponts-levis.

Aujourd'hui les découvertes tournant au quotidien il n'est nul besoin de verroux et de murailles pour la science. C'est comme une Sibérie, prison si vaste qu'elle se passe de murs de prison.

Est-il besoin de dire que les médecins les plus alarmés de la pénétration du public ont toujours été ceux qui, moins bien défendus par leur cuirassement et leur « acquis » cuydaient d'être engeignés et d'avoir à se dépêtrer de « colles » traîtresses émanant de gens du monde.

vérité, s'exprime ainsi : « Aucun individu ayant une affection cérébrale et substantielle n'a mal à la tête. Le même fait, surprenant au premier abord, se retrouve dans la pathologie cardiaque : aucun individu qui se plaint de douleur dans la région du cœur n'a d'affection du cœur. » Cette double assertion est fausse, en ce qui s'agit du cœur aussi bien qu'en ce qui concerne le cerveau, et nous allons essayer de démontrer que le plus souvent la céphalalgie n'est que le cri de douleur de l'encéphale malade. Disons encore cependant quelques mots des théories qui placent son siége dans les méninges et dans les muscles du crâne, car elles sont exactes dans une certaine mesure.

L'opinion de Niemeyer est celle qui a rencontré le plus de crédit. Elle attribue la céphalalgie à l'irritation des filets nerveux que le trijumeau distribue à la dure-mère ; cette membrane est extrêmement sensible, le réseau nerveux qui la parcourt est des plus riches, et de nombreux faits cliniques ont démontré que de violents maux de tête étaient la conséquence de ses lésions. Plus singulière et tout à fait fantaisiste est l'idée de H. Lœve (1), qui prétend que la céphalalgie a son siége dans un ganglion situé à la face interne de la pie-mère, près des lobes olfactifs. Or, Lœve n'a jamais constaté l'existence de ce ganglion que sur le lapin !

Très juste aussi, à condition qu'on ne la généralise pas, est l'explication que donne G. Sée de la céphalalgie. Il localise cette douleur dans les muscles du front, des sourcils, des tempes, plus exceptionnellement dans les muscles de la nuque. Pour lui, ces muscles fatigués ou gênés dans leur nutrition traduisent leur fatigue par de la douleur, au même titre que les muscles des mollets après une longue marche. Chez les sujets anémiés, ces muscles reçoivent un sang pauvre, se fatiguent facilement et deviennent le siége d'une vive souffrance. On peut ajouter que les efforts musculaires que font en certains cas beaucoup de personnes pour régler l'accommodation de la vue sont une source fréquente de mal de tête, auquel peut s'appliquer cette explication. D'autre part la céphalalgie consécutive à des excès de travail intellectuel, à l'aliénation mentale, aux diathèses et aux intoxications a certainement une autre origine.

Seules les cellules sensitives, quand elles sont fortement impressionnées, peuvent donner naissance à de la douleur. Les cellules ganglionnaires sensitives se rencontrent dans la moelle, le bulbe et la région postérieure de l'encéphale ; les ganglions médullo-bulbaires sont les premiers centres de réflexion de la sensibilité, ceux de la région sphéno-occipitale du cerveau sont les centres de seconde réflexion. C'est là qu'il faut chercher le substratum anatomique de la céphalalgie (Pierret). Ceci étant admis, il s'en suit que la céphalalgie sera le résultat soit de l'excitation directe de ces cellules sensitives, soit de leur excitation indirecte ou à distance par un nerf malade par exemple, une névralgie pouvant être le premier stade d'une céphalalgie.

Si, comme exemple de ce second cas, nous prenons la migraine qui n'est en définitive qu'une variété de céphalalgie, nous voyons qu'elle débute par un point douloureux névralgique, portant le plus souvent sur une des branches du trijumeau, ou encore sur le nerf optique lui-même, ce qui détermine alors des troubles de la vision, hémiopie, scotome, et que ce n'est que secondairement que surviennent la douleur céphalalgique et les phénomènes d'origine centrale, troubles des sens, vertige, convulsions, syncope, etc. Cette marche, que la migraine suit habituellement, semble démontrer que les diverses parties du système nerveux sont successivement intéressées et que l'accès ne bat son plein que lorsque les cellules cérébrales sont fortement excitées. Les phénomènes sensitifs dépendent d'une excitation bulbaire, et un fait qui paraît le prouver, c'est que parfois la douleur de la cinquième paire coïncide avec une sensation de fourmillement où de l'anesthésie portant sur la main et les doigts. Or le professeur Pierret (1) explique cette coïncidence par les rapports intimes de l'origine ganglionnaire du plexus cervical et du trijumeau. Quant aux phénomènes psycho-sensoriels, ils sont dus à une exagération fonctionnelle des cellules de la région sphéno-occipitale ; en effet l'excitation du trijumeau ne suffirait pas à produire tous les phénomènes migraineux, il faudrait aussi agir expérimentalement sur certaines régions de l'encéphale (2). Le cerveau et le trijumeau prennent chacun une part à la production de l'accès. Tantôt c'est l'un et tantôt c'est l'autre qui joue le rôle prépondérant et, selon le cas, ce sont des phénomènes psychiques ou des phénomènes périphériques qui dominent la scène. Il y a des cas très fréquents où l'ordre des symptômes paraît être renversé et où les troubles sensoriels et psychiques apparaissent avant les douleurs névralgiques ;

(1) H. Loewe. Deuts. Zeitschrift für prakt. Medicin, 1877, n° 35.

(1) Pierret. — Gazette hebdomadaire 1878.
(2) Lépine. — De la localisation dans les maladies cérébrales. Thèse d'agrégation

Le demi-savoir est une prédisposition spéciale à cette méfiance qui est mère de sa sûreté.

Le Dr Dujardin-Beaumetz, qui n'a jamais eu besoin de ces précautions étroites et de ces redoutes où ne s'enferment guère les redoutables, a publié au Tonkin une utile brochure qui vaut bien des volumes volumineux, et où il a osé la Vulgarisation en levant la toile délibérément sur les mystères un peu moyen âge et les secrets profonds des superficiels.

∴

Son *Instruction médicale à l'usage des postes militaires dépourvus de médecin* publiée à Hanoï en 1886 constitue toute une révolution, c'est le bien connu *Médecin de papier*, c'est l'hygiène, la chirurgie et tout le diable livrés au pillage, c'est tout le monde braconnant en nos réserves médicales.

En réalité c'est très bien.

Et cela hausse ces quelques pages de penser que bien des anémiés que l'on voit promener à Paris leur figure de porcelaine et les méplats de leurs joues d'ivoire, que ces *usés* pour la France ont dû la vie quelquefois à ce livre-bonne action autrement utile que bien des fascicules plus lourds à la main et à la lecture.

Les sept premières pages sont consacrées à l'hygiène, vingt aux symptômes et traitement des terribles endémies locales, blessures de guerre, accidents, fractures, la fin aux formes administratives des divers certificats, évacuation et envoi à l'hôpital du *phu* ou du *yen* le plus voisin.

Tout cela est bien en sa place, mis en son relief légitime, proportionnel au nombre des cas ; le dangereux choléra à cinq pages pour lui seul et l'on pensera que ce n'est pas faire trop d'honneur à ce « mangeur d'hommes » quand on saura qu'environ 800 soldats et 20 officiers sont tombés en 1888 sur ce champ de bataille sans histoire et sans gloire du lit d'hôpital dont le drap blanc a des menaces de linceul.

∴

Oh ! les braves gens que ces obscurs, et comme ils me touchent plus que les héros à fanfares qui triomphent avec des coursiers sur les bas-reliefs, les socles des statues ou les toiles des Musées ou Panoramas !

c'est qu'alors l'excitation a porté d'abord sur les cellules sensitives de l'étage supérieur, où elle peut même parfois rester localisée, et s'est ensuite transmise par irradiation aux cellules des ganglions du bulbe. C'est ce qui se produit dans la migraine due au surmenage intellectuel et dans celle qui est l'expression symptomatique d'une diathèse ou d'une intoxication. Certaines migraines, frustes dans leurs manifestations, se passent tout entières dans la sphère sensitive supérieure, telles sont celles qui ne sont caractérisées que par de l'amnésie (Charcot), par des vertiges, par des accès maniaques, etc. Dans celles-là évidemment, la cause est toute centrale et ne peut être cherchée que dans un trouble apporté au fonctionnement des cellules des régions sensitives et psychiques.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Note sur quelques lésions consécutives a un grand traumatisme de la région abdominale, par le Dr H. Chrétien, ancien interne des hôpitaux.

H... (François), journalier, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Saint Louis, salle Nélaton, n° 43, dans le service de M. le Dr Péan, le 2 décembre 1887, à huit heures du matin. A neuf heures, au moment de la visite, nous apprenons que le malade a été victime d'un accident de voiture, et nous constatons immédiatement les symptômes suivants : facies pâle; lèvres cyanosées; extrémités froides ; parole lente, difficile, pouls imperceptible ; choc traumatique extrêmement marqué. Il n'y a pas eu de perte de connaissance, et nous obtenons facilement du blessé lui-même tous les détails de l'accident.

Jeté à terre par un camion lourdement chargé que traînaient six chevaux, H... est tombé de telle façon que son corps, placé en travers d'une des roues de devant, a, selon son expression, *calé* la voiture. Il s'est trouvé couché sur le côté gauche, et la roue a pressé violemment sur la partie correspondante de l'hypogastre, au niveau de la crête iliaque qui était saisie entre la roue et le sol. Dans la région où a porté le traumatisme, nous trouvons une éraillure superficielle, assez large, intéressant simplement l'épiderme. L'épine iliaque antéro-supérieure est mobile, un peu enfoncée dans les parties molles qui en dissimulent le contour. Le rebord osseux paraît être détaché sur une longueur de huit à dix centimètres ; on ne sent pas de crépitation. Deux érosions, analogues à celle que nous venons de signaler, se montrent sur la cuisse gauche. L'une s'étend de la partie inférieure du triangle de Scarpa jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule ; l'autre, très petite, est située à la partie interne et supérieure de la cuisse. L'examen ne nous révèle pas d'autres lésions. Le malade remue ses jambes sans difficulté ; la pression sur les trochanters fémoraux n'est pas douloureuse ; le ventre est souple, dépressible ; à peine le palper éveille-t-il quelques souffrances modérées dans la fosse iliaque gauche. Une sonde molle introduite avec précaution dans la vessie ne ramène ni urine ni sang. H... dit avoir uriné dans son pantalon quelques minutes après l'accident.

Peu à peu le refroidissement des extrémités s'étend ; le pouls devient tout à fait insensible ; le facies est grippé. A dix heures, le malade perd connaissance ; il pousse des cris continuels, et s'agite sur son lit, tourmenté par de vives douleurs. La mort survient à deux heures de l'après-midi, sans nouvel incident.

Autopsie le 4 décembre à une heure du soir. — Extérieurement le cadavre présente, outre les érosions dont nous avons parlé plus haut, quelques marbrures dans la région iliaque gauche. L'incision de la paroi abdominale révèle une attrition profonde des muscles droits dans leur tiers inférieur, du grand oblique gauche et des pyramidaux. Les fibres, mélangées à des caillots sanguins, forment une véritable bouillie noirâtre. Les circonvolutions intestinales présentent quelques stries sanglantes dues à une hémorrhagie intra-péritonéale. Quand on déroule la portion ombilicale de l'intestin grêle, on trouve les lésions suivantes : le mésentère est rompu de telle sorte qu'une anse de trente centimètres de longueur est tout à fait séparée de son pédicule. Un fragment de mésentère adhère encore à la partie moyenne de l'anse ; sur les parties latérales, la déchirure s'est faite exactement au niveau de l'insertion mésentérique sur l'intestin. Du côté gauche, la déchirure du mésentère s'est étendue au péritoine viscéral qui est divisé circulairement et recroquevillé, si bien que, sur une étendue de six centimètres, la tunique musculaire intacte est complètement à nu. Sur les limites du cylindre ainsi dépouillé de péritoine, on trouve le feuillet séreux, plissé et comme froncé par son retrait.

En dehors et en avant du pilier gauche du diaphragme, à l'union des fibres musculaires avec le centre phrénique, existe un orifice par lequel l'estomac, le grand épiploon et une partie du côlon transverse ont pénétré dans la cavité thoracique. Ces organes étant laissés en place, nous ouvrons avec soin la poitrine et nous constatons que l'estomac a subi un mouvement de rotation tel que la grande courbure devenue supérieure se trouve située au niveau du second espace intercostal ; le cardia et le pylore, restés dans l'abdomen, forment le pédicule de cette hernie. Le poumon

---

Aussi dans le Tonkin et l'Annam, où les paillotes de l'infirmerie-ambulance de Bao-Lac, de Bao-Ha ou de That-Ké, ou de tout autre poste-oubliette des courages sont le théâtre de dévouement et de deuils ignorés, est-il navrant de voir le soldat d'hôpital, celui qui n'a que cet horizon d'obscurité et cette perspective de morts sournoises par contagion, *l'infirmier*, privé de la médaille du Tonkin, ce petit ruban aux raies vertes.

Que n'importe quelle compagnie aille en battue d'une dizaine de voleurs de poules que le Bulletin, en style de bulletin, grandit de l'épithète de « pirates », voilà 150 hommes médaillés en bloc.

Et le pauvre, le chétif, le petit soldat des agonies, celui qui voit la mort sur les autres et sur lui, qui frôle cette camarde camarade il n'est pas décoré, peut-être parce qu'il n'est pas décoratif.

Cela ne fait bien, les beaux rubans, qu'avec de plus belles épaulettes.

Ah ! qu'on néglige depuis le 1er janvier 1887 les officiants des vivres-viandes, des fourrages ou les scribes d'état-major qui généralement « moulent » sous des *pankas*, je le concède ; mais ces sentinelles perdues qui se savent empoisonnées par le cholérique et qui gardent ce chevet mortel, il faut que, s'ils reviennent en France, ces revenants, ils sentent sur leur poitrine aplatie et cerclée par l'amaigrissement, ce ruban qu'on prodigue aux rabatteurs de pillards ou de pirates si vous voulez.

***

Mais, il faut bien le dire, si le Dr Dujardin-Beaumetz, inspecteur moderne, a osé vulgariser, quand en 1876 il y a 12 ans, nous dûmes soumettre le *Guide médical pratique de l'officier* et nos idées au céphalomètre des inspecteurs d'alors, il s'en trouva un pour trembler de cette crainte formidable que « tous les officiers allaient faire de la médecine. »

Il eut méfiance.

Au lieu de cette soustraction de clientèle, tout le monde sait que l'hygiène et les notions de premier secours entrèrent peu après dans l'enseignement de l'École supérieure de guerre et que ce savoir effrayant est aujourd'hui l'honneur même du Commandement à tous les degrés, et le gage en garnison et en campagne de sa sollicitude éclairée pour « ses hommes. »

gauche est refoulé en dedans vers le médiastin. Après avoir réduit les viscères dans l'abdomen, nous examinons l'épiploon, qui est partagé en deux moitiés à peu près égales par une déchirure verticale qui comprend toute sa hauteur. L'estomac, sain d'ailleurs, contient un liquide grisâtre abondant; il est dilaté; cubé dans un bassin plein d'eau, nous lui trouvons une contenance de 2300 c. c. L'intestin, le foie, la rate, les reins, les uretères sont intacts. La vessie n'a pas été atteinte par le traumatisme; elle ne contient ni sang ni urine.

Le petit bassin renferme un épanchement sanguin de moins de cent grammes. Tontefois, dans la région lombo-iliaque, il s'est fait une vaste extravasation sanguine au milieu du tissu cellulaire sous-péritonéal; cette infiltration est presque exclusivement limitée au côté gauche. Il n'y a pas de sang dans la cavité pleurale.

La symphyse pubienne est complètement disjointe. Le corps du pubis gauche est isolé du reste de l'os iliaque par un double trait de fracture qui porte, en haut, sur l'éminence ilio-pectinée, en bas sur la branche ischio-pubienne. Ces deux fractures sont transversales, sans esquilles. L'épine iliaque antéro-supérieure et la partie adjacente de la crête sont divisées en trois fragments, dont le plus grand, triangulaire, est taillé en biseau aux dépens de la table externe de l'os, seule intéressée dans une grande étendue. (1)

Les muscles de la cuisse sont broyés et infiltrés de sang au niveau des érosions cutanées décrites plus haut. Le vaste interne et le droit antérieur surtout sont profondément altérés. Les vaisseaux fémoraux n'offrent aucune modification pathologique.

La hernie diaphragmatique s'est présentée chez notre malade, avec un certain nombre de caractères que l'on retrouve toujours lorsque cette variété de hernie est d'origine traumatique. Violemment refoulés de bas en haut par une force considérable, l'estomac, le côlon et l'épiploon se sont frayés une voie à travers le diaphragme. L'orifice herniaire siégeait à gauche; le foie protégeant, comme l'a montré M. Després, toute la moitié droite du voile fibro-musculaire. L'éclatement du muscle, comprimé au delà des limites de son élasticité, s'est fait au voisinage du canal traversé par l'œsophage; c'est là un véritable *locus minoris resistentiæ* signalé jadis par Glandorp. (2) Les fibres musculaires se sont rompues au niveau de leur insertion sur le centre phrénique, ce qui, selon Malgaigne, (3) est un fait constant. Dans la plupart des cas publiés jusqu'ici, on a trouvé l'estomac et le côlon transverse dans la cavité thoracique. Tantôt le poumon gauche est refoulé directement en haut (1), tantôt il est rejeté en dedans vers le hile. Cet accolement de l'estomac à la paroi thoracique antéro-latérale pourrait peut-être permettre de faire le diagnostic de la hernie, si quelques autres signes engageaient l'observateur à pratiquer une percussion et une auscultation minutieuses. Mais, en règle générale, aucun symptôme n'attire l'attention de ce côté. On ne constate pas de troubles respiratoires, et les blessés, pendant leur courte survie, n'accusent aucune gêne spéciale. Aussi, comme l'a dit Boyer, ces lésions sont-elles presque toujours méconnues en clinique (2). Bérard et Cloquet (3) signalent, il est vrai, une déformation particulière qui doit donner l'éveil; c'est un élargissement de la base de la poitrine coïncidant avec l'aplatissement des parties supérieures de l'abdomen. Ces symptômes, fort admissibles en théorie, peuvent être très difficiles à apprécier dans la pratique. L'examen de notre malade ne nous avait révélé aucune déformation apparente. Il est inutile de dire que le diagnostic est beaucoup plus facile, quand la rupture du muscle reconnait pour cause une lésion de la paroi thoracique, une fracture de côte, par exemple. Dans ce cas, la physionomie clinique est toute différente.

Nous avons constaté, parmi les détails de l'autopsie qui ont été rapportés plus haut, que la cavité pleurale, où se trouvait le grand épiploon déchiré dans toute sa hauteur, ne contenait point d'épanchement sanguin. Sur les lèvres de la membrane épiploïque rompue, se trouvaient quelques petits caillots noirâtres. Peut-être faut-il attribuer l'hémostase complète à la constriction qu'exerçait l'orifice diaphragmatique sur les viscères herniés; constriction réelle, ainsi que nous nous en sommes assuré, en glissant le doigt à côté du pédicule. Ajoutons toutefois que le mésentère lui-même n'a donné qu'un faible écoulement de sang, tandis que d'ordinaire, les blessures de cette membrane, même très limitées, produisent d'abondantes hémorrhagies. (4)

Les lésions que présentait le péritoine intestinal, au niveau de la déchirure mésentérique, nous paraissent être extrêmement rares. Sauf dans un cas de Poland, où la tunique séreuse de l'estomac était seule déchirée, (5) toutes les ruptures du péritoine viscéral, dont nous avons lu les observations, s'accompagnaient de

(1) La pièce, montée par M. Tramond, sera placée prochainement dans la collection particulière de M. le Dr Péan, au musée de l'Hôpital Saint-Louis.
(2) Specul. chir. obs. 28, p. 68. (cité par Boyer).
(3) Malgaigne. Anat. chir.

(1) Soc. anat. 1877, p. 576.
(2) Boyer. Maladies chirurgicales t. V. p. 402.
(3) Dict. en 30 vol. t. X. p. 260.
(4) Loc. Anat. 1845, obs. d'Arnoult. — 1873. p. 767, Longuet.
(5) Guy's Hospital Reports, 1858, 3e série, t. IV.

En cette circonstance l'inspecteur B... des anciennes couches, a fait montre d'une science plus craintive et de conservation plus délicate que le Dr Dujardin-Beaumetz.

Il a été plus protectionniste.

C'était un de ses égaux en galons, en livret de solde, en inspections, en classement des intelligences subalternes de ses subalternes. Et combien voilà de nombreuses égalités pour une seule qui lui a fait défaut — toujours.

***

C'est qu'il existe de flagrantes inégalités même d'inspecteur à inspecteur; comme sur la croûte terrestre il y a des sommets et il y a des creux.

Ainsi la grande majorité des médecins militaires vous dira que l'inspecteur B... (ce n'est pas le même mais un congénère) est fort *sous* perposé dans l'opinion à l'inspecteur A et à l'inspecteur V, bien qu'il soit leur vétéran. Cette différence de niveau provient ou de ce qu'il n'a pas employé un nombre d'années égal à l'étude, ou de ce qu'il fut intellectuellement équipé plus à la légère par dame Nature.

Ou du cumul de ces deux raisons.

Toujours est-il que des inégalités regrettables ont trop souvent fourmillé, plus qu'il ne sied dans le Corps de santé, même en l'ordre physique du choix des bons postes et du séjour à Paris.

Les *Annuaires* sont à ce sujet particulièrement indiscrets et M. Victor Rozier gendelettre, de la Société des Gens de Lettres, y joue, malgré la quotité de ses années, le rôle imprévu d'enfant terrible.

***

Ainsi cet auteur nous montre en des pages de ses compositions annuelles d'une réalité sinon poignante du moins indiscutable, un médecin militaire qui arrivé, à l'hôpital Saint-Martin en 1872, n'en pût être délogé qu'en 1882 par limite d'âge et vétusté; ce qui fait d'après l'arithmétique 10 ans d'occupation continue.

Celui-là fut le Parisien princeps, nul autre ne s'est montré assis sur une base aussi solide et n'a atteint le stage de ce boulevardier.

Mais quelques-uns ont approché de ce principal locataire et en particulier 2 frères presque toujours réunis dans les hôpitaux de

lésions plus ou moins pénétrantes du canal digestif. (1) Repoussée en haut par la pression de la roue, l'anse intestinale s'est dépouillée de son péritoine, déchiré circulairement, et adhérent de chaque côté aux lambeaux du mésentère.

Le mode d'application de l'agent vulnérant nous rend bien compte des fractures multiples du bassin. En dehors de la disjonction de la symphyse, nous avons eu une fracture directe, celle de la crête iliaque, et deux fractures par cause indirecte, celles du pubis et de la branche ischio-pubienne. Ces deux dernières constituent en quelque sorte le trait antérieur de la double fracture verticale de Malgaigne. Elles nous paraissent résulter du redressement forcé de la courbure propre à l'os iliaque. Poussé plus loin, ce redressement eût abouti sans doute à la production d'une nouvelle fracture en arrière du centre de résistance, c'est-à-dire entre la cavité cotyloïde et la symphyse sacro-iliaque. Le décollement de la symphyse pubienne nous semble témoigner en faveur du mécanisme que nous invoquons.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE.

I. — SUR L'ACÉTYLPHÉNYLHYDRAZINE ET LA PYRODINE, NOUVEAUX MÉDICAMENTS ANTIPYRÉTIQUES, PAR LE Dr DRESCHFELD, DE MANCHESTER. *Medical Chronicle* novembre 1888. — *Idem* PAR LE Dr O. LIEBREICH, *Therapeutische Monatshefte*, décembre 1888, p. 557 et janvier 1887, p. 23. — SUR LA PHÉNACÉTHYDRAZINE, PAR R. LÉPINE. *Lyon médical*, 9 décembre 1888, n° 50, p. 507.

II. — L'ESCHSCHOLTZIA CALIFORNICA, UN NOUVEAU MÉDICAMENT SOMNIFÈRE, PAR LE Dr TER-ZAKARIANT, *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 janvier 1889, p. 21.

III. — L'EUCALYPTOL EST-IL UNE COMBINAISON DÉFINIE OU UN SIMPLE MÉLANGE, PAR M. PANNETIER, DE COMMENTRY (*Communication personnelle*).

I. — Il y a deux mois le professeur Dreschfeld, de Manchester, a fait connaître un nouvel antipyrétique, l'acétylphénylhydrazine, ayant pour formule $C^6H^5Az,AzHC^2H^3O$. Cette substance présente donc une composition analogue à celle de l'antifébrine et de la phénacétine. C'est une poudre blanchâtre, cristalline, peu soluble dans l'eau froide, à peu près insipide, et qui, pour cette dernière raison, peut être administrée en nature. D'autre part, M. Dreschfeld a expérimenté également sous le nom de *Pyrodine*, un médicament complexe encore mal défini, mais dont le principe actif n'est autre que l'acétylphénylhydrazine. Cette dernière a une activité toxique et thérapeutique quatre fois plus forte que la pyrodine.

D'après les premières recherches de M. Dreschfeld la pyrodine et son principe actif seraient donés d'effets antipyrétiques très puissants; l'emploi du nouvel antipyrétique a donné des résultats particulièrement favorables dans des cas de pneumonie, de scarlatine, de typhus exanthématique, moins favorables dans les cas de fièvre typhoïde. De plus, à l'instar de l'antipyrine et de l'antifébrine, le nouveau médicament est doué d'une grande efficacité contre la migraine et les névralgies. A dose physiologique, l'acétylphénylhydrazine n'occasionne ni vomissements, ni nausées, ni collapsus. Elle stimule la fonction sudoripare, souvent aussi la sécrétion rénale.

La dose à prescrire est, pour la pyrodine, de 0,12 à 0,24 *pro die* chez un enfant, et de 0,50 à 1 chez un adulte. La dose est quatre fois moindre pour l'acétylphénylhydrazine pure.

Cette dose quotidienne sera donnée en une seule prise, l'effet antipyrétique de ce médicament ayant une durée supérieure à celle de tous les médicaments similaires jusqu'ici connus.

M. Lépine, qui propose de substituer au nom d'acétylphénylhydrazine celui de phénacéthydrazine, a répété les expériences de M. Dreschfeld. Sur la grenouille et le cobaye, il a constaté que l'acétylphénylhydrazine avait « non un haut degré de toxicité, mais seulement une action des plus fâcheuses sur le sang ». Cette action délétère se manifeste par la présence de la méthémoglobine dans le liquide sanguin. Chose curieuse, cette action délétère sur les globules ne paraît pas se produire *in vitro* avec la même intensité.

M. Lépine a observé également que le foie des cobayes, soumis pendant plusieurs jours à l'administration de l'acétylphénylhydrazine, est moins riche en glycogène que le foie des animaux témoins; il semble donc que cette substance oppose un certain obstacle à la formation du glycogène. De plus, à l'autopsie des animaux qui ont fait l'objet de ces expériences, les reins présentaient une teinte jaune et « vraisemblablement des lésions microscopiques » qui seront étudiées ultérieurement.

M. Lépine a expérimenté le médicament chez plusieurs fiévreux et chez deux malades affectés de douleurs fulgurantes

(1) Chauveau. Th. Paris 1869.

Paris de façon à peu près siamoise. On n'a guère vu l'un sans l'autre ces « inséparables » pendant une période de 12 ans, et si cette occupation familiale des bons postes de Vincennes et de Versailles lésait quelques-uns, il y avait un côté fort touchant dans le parallélisme parfait de ces destinées jumelles.

Ils se sont suivis dans toute leur carrière, ce qui n'est pas si banal.

Aujourd'hui, bien que l'on coupe le séjour d'une occultation temporaire au Tonkin ou dans quelques *trous* de Province comme Lyon et Marseille, et que l'occupation de Paris soit plus pour ainsi dire pseudo-continue, nous pourrions citer des régnicoles de 5 à 7 années et qui n'ont pas dit leur dernier mot.

Il en est de même des pharmaciens qui aiment à piluler plus spécialement dans la métropole.

(*A suivre*).

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Grancher fera son cours de clinique des maladies de l'enfance, le samedi 2 février, à 10 heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades et les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. Chaffard est nommé chef-adjoint du laboratoire de Clinique ophthalmologique en remplacement de M. Vassaux, démissionnaire.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté en date du 12 janvier, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1889, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à la dite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Assistance publique de Paris. Hôpitaux. — Un concours pour la nomination de trois places de médecin du Bureau Central, s'ouvrira le mercredi 27 février, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. Les inscriptions seront reçues de midi à 3 heures, du lundi 28 janvier au lundi 11 février 1889.

très vives. La dose maxima était de 3 grammes. (S'agissait-il de la pyrodine ou de l'acétylphénylhydrazine pure?) Les résultats sont mentionnés comme ayant été très satisfaisants. Chez les fièvreux « la température a été abaissée, l'état général amélioré, et les atoxiques ont joui pendant plusieurs heures d'un repos relatif qu'ils n'obtenaient plus avec les autres nervins connus ». M. Lépine s'est borné à l'indication sommaire de ces résultats, pour ce qui concerne les effets thérapeutiques du nouveau médicament. Il a ajouté que son chef de laboratoire, M. Baral, avait constaté que l'acétylphénylhydrazine réduit la liqueur de Fehling, non seulement à chaud, comme les hydrazines en général, mais encore à froid. L'urine des malades soumis à l'usage de la substance en question ne partage pas cette propriété réductrice.

II. — M. Ter-Zakariant a étudié, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin, les effets thérapeutiques d'un nouveau médicament somnifère, l'eschscholtzia californica, plante exotique de la famille des Papavéracées, particulièrement répandue en Californie.

Pour tout ce qui concerne l'histoire botanique de la plante en question, nous renvoyons au travail de l'auteur.

M. Ter Zakariant s'est servi pour ses expériences cliniques d'un extrait aqueux et d'un extrait alcoolique d'eschscholtzia californica, obtenu le premier, à raison de 15 gr. pour 100 gr, de plantes, le second, à raison de 20 gr. pour 100 gr. de matière première. L'extrait alcoolique dont l'emploi paraît devoir être préféré pour les usages thérapeutiques, est très résineux, possède une couleur verte très foncée, une odeur particulière forte, très agréable, une saveur très amère. Il renferme 15 pour 100 de résine; il est soluble dans l'alcool, dans l'eau distillée, la résine exceptée, très peu soluble dans la glycérine, insoluble dans l'alcool et l'éther.

MM. Bardet et Adrian ont isolé de l'eschscholtzia californica une petite quantité de morphine, « une quantité plus considérable d'une base et probablement un glucoside ». M. Ter-Zakariant, se fondant sur les résultats de ses expériences sur les grenouilles, présume que « l'eschscholtzia californica doit posséder un autre alcaloïde bien autrement puissant sur les animaux à sang froid que la morphine qui reste sans action, même à des doses très élevées ». Bref l'histoire pharmacologique de l'eschscholtzia californica est à peine ébauchée.

Le travail de M. Ter-Kakaraint ne contient, d'autre part, que des renseignements très incomplets sur l'action physiologique de l'extrait d'eschscholtzia californica administré à doses toxiques. L'auteur nous apprend :

Que quelques minutes après l'introduction de la substance, les mouvements respiratoires s'accélèrent, puis se ralentissent graduellement jusqu'au moment de la mort.

Qu'à faible dose, l'extrait n'a aucune action appréciable sur la température, et qu'à dose élevée, il élève ou abaisse la température, suivant qu'il est administré pur ou débarrassé de ses résines.

Enfin, qu'à faible dose, l'action sur le système nerveux ne porte que sur les fonctions de la sphère cérébrale proprement dite. « Les animaux perdent leur spontanéité volontaire, restent immobiles à leur place et sont complètement indifférents à tout ce qui peut éveiller leur attention. Les fonctions de la moelle épinière et du centre bulbaire ne sont atteintes qu'à des doses très élevées. Les nerfs moteurs sont atteints les premiers, les nerfs sensitifs ne le sont qu'assez longtemps après. »

—Les expériences faites par l'auteur sur des malades du service de M. Dujardin-Beaumetz l'ont conduit à conclure ce qui suit, relativement aux effets thérapeutiques du nouveau médicament :

« L'eschscholtzia californica est un médicament soporifique très précieux et surtout inoffensif. C'est un analgésique très utile dans certains cas, ne présentant pas les inconvénients de la morphine et son administration est très utile. L'effet du médicament persiste assez longtemps après la cessation de son emploi. Vu la très petite quantité de morphine que contient l'eschscholtzia californica, cette plante pourrait avantageusement remplacer la morphine, surtout chez les enfants. »

La dose d'extrait (alcoolique ou aqueux) et de 2 gr. 50 à 10 gr. par jour. Le médicament peut être administré en potion, en sirop ou en pilules. Ajoutons qu'il est très mal supporté par les tuberculeux.

III.—Dans une note publiée il y a trois ans (in *Bulletin général de Thérapeutique* 1886. T. CXI. p. 172) M. Schmelz, de Nice préconisait l'emploi, à titre d'antiseptique, d'un agent médicamenteux complexe, l'*eucalyptol*, ayant, d'après l'auteur, la composition suivante : acide salicylique, six parties; acide phénique et essence d'eucalyptus, de chacun une partie. M. Schmelz ajoutait qu'en mélangeant ces substances dans les proportions susdites, il croyait avoir obtenu une combinaison définie, le mélange en question ne renfermant plus de traces d'acide phénique.

M. Pannetier, de Commentry, a repris cette question de la nature du médicament complexe baptisé par M. Schmelz du nom d'eucalyptol ; il est arrivé à cette conclusion, que cette prétendue combinaison définie n'est qu'un simple mélange. Voici comment a procédé M. Pannetier.

Cinq grammes d'eucalyptol ont été triturés avec environ 10 gr. d'alcool à 96°; le mélange additionné de 100 gr. d'eau distillée donna un abondant précipité floconneux. La masse entière a été jetée sur un filtre et lavée avec 50 grammes d'eau distillée; les eaux de lavage ont été réunies ensuite à la liqueur filtrée. Le précipité et la liqueur ont été examinés séparément.

Une partie du précipité, dissoute dans un peu d'alcool, a donné par le perchlorure de fer, une coloration violette intense, réaction commune à l'acide salicylique et à l'acide phénique. Une autre portion du précipité, dissoute également dans l'alcool, puis additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque et traitée par l'hypochlorite de chaux n'a pas donné la réaction du phénol (coloration bleue). Une troisième partie du précipité traitée par un peu de sodium amalgamé, a dégagé l'odeur d'essence de Gaultheria (aldéhyde salicylique).

La liqueur filtrée, traitée par l'ammoniaque et l'hypochlorite de chaux a donné une coloration bleue caractéristique de la présence du phénol. Ce dernier, plus soluble que l'acide salicylique dans l'eau alcoolisée, avait donc été retenu en totalité dans ce véhicule. De plus, M. Pannetier a pu reconnaître la présence de l'essence d'eucalyptus libre, dans le liquide, par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique.

L'auteur conclut que des éléments aussi facilement séparables par de simples lavages méthodiques ne sauraient être considérés comme unis entre eux sous forme de combinaison définie.

Cette conclusion n'enlève rien, du reste, à ce que M. Schmelz a dit de la valeur pratique de l'eucalyptol qui serait préférable aux antiseptiques les plus usités, à l'iodoforme, au sublimé, à l'acide phénique, en raison des résultats qu'il donne et aussi en raison de son insolubilité dans l'eau, qui fait qu'il ne se combine pas avec l'albumine des tissus, circonstance nuisible à l'action antiseptique.

E. Ricklin.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU RAPPORT DE M. A. ROBIN SUR LES EAUX MINÉRALES, par le Dr P. BOULOUMIÉ.

Mon cher rédacteur en chef et ami,

Le remarquable rapport fait à l'Académie de médecine sur le service des eaux minérales, par notre savant et distingué confrère M. A. Robin, soulève une série de questions du plus haut intérêt au sujet desquelles je vous demande la permission de présenter dans les colonnes de la *Gazette médicale* quelques observations et réflexions.

I

« *Il n'existe pas en France*, dit M. A. Robin, *d'enseignement public qui vulgarise les indications et les contre-indications des eaux minérales.* » Un peu plus loin cependant il mentionne le cours que fait à l'École pratique un maître vénéré en hydrologie médicale, M. Durand-Fardel. J'ajouterai que, depuis deux ans, je fais aussi à l'École pratique une série de leçons constituant un cours complet de thérapeutique hydro-minérale, en m'attachant tout spécialement à formuler les indications et les contre-indications des eaux, des cures, des stations, suivant l'état du malade, la nature, la forme, la période de la maladie, cherchant à faire apprécier la valeur des influences intrinsèques et extrinsèques auxquelles est soumis le malade dans chaque station suivant la situation et le climat de celle-ci, le mode d'emploi qui est fait de l'eau minérale et les diverses pratiques de la cure.

Il y a donc bien un enseignement public des eaux minérales mais non un enseignement officiel; et, il faut le reconnaître, malgré les efforts de ceux qui s'y consacrent, il ne rend pas les services qu'on en pourrait attendre.

Voyant en effet que les eaux minérales sont négligées dans l'enseignement officiel, les élèves comptent, avec raison d'ailleurs, qu'il ne leur sera posé aux examens aucune question sur l'hydrologie médicale et la thérapeutique hydro-minérale, et ils s'en désintéressent d'autant plus facilement qu'ils n'ont guère à l'hôpital l'occasion de voir administrer des eaux minérales et que le professeur de clinique ne leur en parle qu'exceptionnellement à propos des cas qui font le sujet de ses leçons; que de plus, dans le cours de matière médicale et thérapeutique, il n'en est parlé qu'incidemment en général et très rarement d'une manière spéciale.

Les eaux minérales pourtant doivent être bien connues des médecins, elles qui, suivant les propres expressions de M. J. Rochard, « constituent un mode de traitement qui dans un certain nombre de cas ne peut être remplacé par aucun autre », et qui forment les médications complémentaires, supplémentaires ou complètes les plus précieuses de tant de maladies à marche, résolution ou réparation lentes, surtout quand elles sont d'ordre diurétique.

Elles ont en réalité une très grande importance dans la pratique et il est fâcheux de voir de jeunes docteurs, très instruits d'ailleurs, être souvent, au début de leur carrière, moins renseignés que leurs malades sur les eaux minérales, leur situation, leurs caractères, leur composition, leur mode d'administration et leurs indications.

Pour combler cette lacune dans l'instruction médicale, il serait bon qu'à propos de thérapeutique il fût posé aux élèves une question de thérapeutique hydro-minérale; l'enseignement libre serait heureux d'y aider la Faculté au moins jusqu'au jour où, conformément au desideratum exprimé par le rapporteur de la commission académique, elle aurait assuré l'enseignement des eaux minérales.

II

On lit dans le rapport de M. A. Robin : « *On est frappé du petit nombre de médecins d'eaux qui travaillent dans un sens vraiment scientifique.* » Cela est vrai, mais il faut tenir compte, et je dois dire que le savant rapporteur l'a fait partiellement, des difficultés qui se présentent quand on veut étudier *scientifiquement* l'action physiologique et les effets thérapeutiques des eaux minérales.

Il ne faut pas oublier d'abord que l'eau minérale est un médicament complexe agissant comme unité, et que la cure thermale aux sources mêmes n'agit pas seulement comme l'eau dont elle est le principal, mais non l'unique élément.

La méthode scientifique dans l'étude des eaux minérales, si elle peut être très utile au point de vue de certaines interprétations partielles de leur mode d'action, ne saurait être applicable à l'étude de tous les phénomènes et surtout de l'ensemble des phénomènes qu'on peut constater chez les malades soumis à leur emploi dans les stations thermales. Une part d'action revient, en effet, aux circonstances extrinsèques qui agissent peu dans un hôpital, et dans les villes d'eaux, comme ailleurs, on ne trouve pas, en dehors de l'hôpital, pour poursuivre des études toujours longues et minutieuses, assez de malades dociles et complaisants, voulant bien se soumettre à toutes les nécessités d'une expérience.

Ces difficultés cependant ne sont pas telles qu'on ne puisse, avec des aides et un laboratoire, les surmonter; aussi la voie tracée par M. A. Robin, par laquelle on arrivera peut-être à déterminer les modifications produites par les eaux minérales sur la nutrition élémentaire, doit-elle être suivie.

L'examen et l'analyse des urines étant un des moyens de contrôle les plus précis que nous ayons pour apprécier l'état de la nutrition, j'ai pour ma part, dirigeant mes travaux dans ce sens, étudié les modifications nutritives produites au cours du traitement par les eaux de Vittel dans la goutte, la gravelle, le diabète et autres manifestations arthritiques, après avoir cherché à les étudier chez les individus sains; mais je dois l'avouer, je n'ai pu pousser mes recherches jusqu'aux dernières limites de l'exactitude, et l'exactitude absolue étant indispensable en pareil cas, je n'ai pu conclure que sur quelques points que j'avais pu étudier avec toute la précision nécessaire.

Au point de vue de l'appréciation scientifique et pratique en même temps de l'action des eaux minérales, d'autres difficultés se présentent presque aussi grandes que celles relatives à l'appréciation de leurs effets immédiats et de la cause directe de ceux-ci.

Les eaux minérales, en effet, sont appliquées au traitement des maladies chroniques, c'est-à-dire à des maladies à évolution toujours plus ou moins lente, à manifestations irrégulières au point de vue de leur époque d'apparition, de leur intensité, de leur durée. Elles agissent directement ou indirectement par elles-mêmes ou par les agents accessoires, et nous savons quelle large part il faut faire aux conditions spéciales dans lesquelles se trouve l'organisme pour subir l'influence d'un agent, médicament ou poison, et combien est important et variable cet état de réceptivité.

Aussi suis-je absolument d'accord avec le savant rapporteur de l'Académie quand il dit que la méthode numérique, qui a servi à créer la clinique des eaux minérales, est insuffisante aujourd'hui, et que ce qu'il faut connaître, c'est leur action sur les troubles nutritifs originels ou acquis qui engendrent la manifestation morbide; mais j'ajouterai qu'en clinique des eaux minérales surtout, il faut faire marcher de front les études scientifiques et l'observation.

Que l'Académie charge donc les internes, que tous les ans elle envoie faire un stage dans des établissements d'eaux mi-

nérales, de faire dans ce sens des recherches scientifiques sous la direction et avec le concours de médecins déjà exercés et désireux de résoudre ces intéressants problèmes et un jour, relativement prochain, elle possédera les documents scientifiques qui lui font défaut aujourd'hui. Les rapporteurs de la commission des eaux minérales pourront les rapprocher de ceux qui lui ont été fournis par ses chimistes chargés de refaire la plupart des analyses et de ceux qui, envoyés par les médecins hydrologues, viennent tous les ans grossir le dossier clinique de chaque station. Tous les éléments d'appréciation de la valeur absolue et relative des eaux minérales se trouveront ainsi réunis et l'Académie pourra fonder sur des bases solides la science et la clinique hydrologiques, ce qu'un médecin exerçant dans une station ne peut faire par lui-même, agissant isolément, quels que soient ses efforts.

III

On ne peut parler eaux minérales sans parler diathèses, M. A. Robin l'a fait dans des termes qui contrastent heureusement avec ceux dans lesquels en a parlé récemment le professeur G. Sée, dans sa leçon d'ouverture, à propos de l'arthritisme.

M. Robin dit : « Ces vices de la nutrition matérialisent cette manière d'être, jadis indéfinissable, à laquelle nos pères ont donné le nom de diathèse, et ils paraissent si bien conjugués à l'idée représentée par cette dénomination que les deux termes ne nous représentent plus que des synonymes » ; pourtant, ajoute-t-il, c'est au trouble antérieur à ces vices de la nutrition, c'est à l'ensemble des causes qui leur donnent naissance, qu'on pourrait, plutôt qu'au trouble nutritif lui-même, donner le nom de diathèse. Qu'on admette cette manière de voir ou celle de M. Bouchard qui entend par diathèse un trouble permanent de la nutrition qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme siège, évolution et processus, on reste dans la tradition créée par des siècles de minutieuse et sincère observation dont les faits confirment tous les jours l'exactitude. Il n'en est pas de même de M. Sée qui dit : « Il y a un mot qui traîne dans la *fange* médicale, l'arthritisme. On a déjà *démoli* toutes les diathèses..... l'arthritisme seul resterait..... l'arthritisme n'existe pas, il faut le rejeter. »

« Mais actuellement on ne peut faire disparaître ce mot de « la médecine, car en même temps on tuerait une grande « quantité d'eaux minérales et les médecins qui les *exploitent*. »

Il est vraiment étrange d'entendre un professeur de clinique parler ainsi, faire si bon marché des résultats de l'observation séculaire et venir mêler, en pleine chaire, dans une séance en quelque sorte solennelle, une question d'exploitation à une question de science. S'il croit devoir *démolir* l'arthritisme avec les autres diathèses et *tuer* les eaux minérales avec les médecins qui les administrent, qu'il le tente. S'il a une conviction, qu'il la soutienne jusqu'au bout, c'est son droit et c'est son devoir ; mais qu'il nous dispense de sa pitié : pour ma part je ne l'accepte pas. Je suis de ceux qui croient à ce qui est et à ce qu'ils voient, et l'arthritisme est et se voit ; je suis de ceux qui luttent consciencieusement contre lui par l'emploi des eaux minérales, et je ne crains ni pour elles, ni pour mes collègues, ni pour moi, la portée de paroles au moins imprudentes; les faits sont là pour leur répondre. Tenter de démolir les monuments élevés par l'observation de tous les jours et de tous les siècles, de jeter le discrédit sur des confrères qui exercent honorablement près des sources minérales, qui font leurs preuves aux yeux de tous, n'offre pas de grands dangers, ni pour les doctrines médicales qui n'en seront pas ébranlées, ni pour nos confrères qui n'en éprouveront pas grand dommage, ni pour les sources minérales qui n'en continueront pas moins à être efficaces, ni enfin pour ceux que la question intéresse le plus, les malades, qui n'en continueront pas moins à fréquenter celles-ci parce qu'elles les soulagent plus sûrement que la plupart de ces prétendus spécifiques avec lesquels on fait parfois de bruyants coups de maître, mais que l'on abandonne bientôt, soit parce qu'ils épuisent rapidement leur action, soit parce qu'ils grèvent trop lourdement l'avenir.

Ne voyant pas ce que le mot diathèse a de déplaisant, le considérant avec MM. Bouchard, A. Robin et bien d'autres, comme à peu près synonyme de trouble permanent des échanges organiques qui constituent la nutrition, voyant de plus journellement la notion de diathèse fournir au diagnostic et à la clinique, de précieux éléments pour établir la parenté de manifestations morbides qui, sans elle, sembleraient à tort devenues différentes et indépendantes les unes des autres, et la voyant fournir des éléments plus précieux encore à la thérapeutique pour remplir les indications présentées par un fait pathologique donné, je ne trouve aucune bonne raison pour rayer le mot du vocabulaire nosologique et l'idée qu'il représente de la science médicale : je suis heureux de me trouver sur ce point encore en conformité de vues avec M. A. Robin.

IV

M. A. Robin émet le vœu que, dans les établissements thermaux, les malades soient soumis à des prescriptions alimentaires sévères et que tout soit fait par les médecins, tant auprès des maîtres d'hôtel que des malades, pour que ces prescriptions puissent être suivies et le soient en réalité. C'est très désirable en effet, surtout dans les établissements fréquentés par des malades chez lesquels les troubles digestifs ou les troubles nutritifs sont constants ou peu s'en faut ; mais, en pratique, il y a de grandes difficultés à cela. Tout ce que pour ma part j'obtiens à Vittel, c'est que les menus des tables d'hôte permettent toujours aux malades de suivre leur régime en faisant choix, dans le nombre des aliments servis, des aliments permis; mais les malades, malgré les recommandations les plus précises et écrites sur leur consultation, trouvent toujours des raisons ou des prétextes pour s'écarter du régime.

Si on insiste auprès des maîtres d'hôtel pour qu'ils ne servent que des aliments permis et préparés selon les règles de l'hygiène plutôt que selon les règles de l'art, ils répondent que leur réputation dépend de leur cuisine, que leurs clients sont ou des gens habitués à une bonne table ou des gens qui, ne l'ayant pas chez eux veulent la trouver à l'hôtel, que d'ailleurs la table d'hôte comprenant des personnes qui ne sont pas malades, on ne peut imposer à tous un régime de malade ; toutes ces raisons ont leur valeur.

Quant à l'essai d'une table à part pour les malades décidés à suivre leur régime, il est toujours resté infructueux.

Le régime n'a été rigoureusement suivi dans les villes d'eaux, comme pendant longtemps en Allemagne, que lorsqu'on ne trouvait pas le moyen d'y échapper.

Actuellement cette question très importante de l'hygiène alimentaire, si bien étudiée d'une manière générale par M. Dujardin-Beaumetz, doit être reprise, spécialement en ce qui concerne la thérapeutique hydro-minérale, au point de vue de l'influence des divers aliments sur les échanges qui se produisent au cours d'une cure thermale, et le régime à adopter pendant et après celle-ci, suivant les maladies, doit être déterminé par de nouvelles analyses complètes et répétées.

Mais ce travail fait (il l'est déjà en partie pour un certain nombre d'aliments et d'eaux minérales), il faudra encore, pour que les malades se conforment au régime rationnel qui leur sera prescrit aux eaux, que les médecins qui les soignent habituellement ou leur conseillent les eaux, insistent pour que les prescriptions d'hygiène alimentaire qui seront faites soient

scrupuleusement suivies, car beaucoup de malades ne vont aux eaux qu'avec l'espoir de pouvoir se dispenser de suivre un régime, se guérir et se préserver des conséquences des infractions qu'ils ont faites et qu'ils veulent pouvoir continuer de faire à l'hygiène.

V

En ce qui concerne l'hygiène et la police sanitaire dans les villes d'eaux, je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit dans le travail qu'a rappelé M. A. Robin, et je suis heureux de voir qu'il a soutenu les idées que j'ai émises devant la Société de médecine publique et d'hygiène notamment en ce qui concerne l'attribution à des commissions médicales de tout ce qui intéresse l'hygiène des villes d'eaux et des établissements.

Je répéterai à cette occasion qu'une collectivité peut faire ce que ne peut faire une individualité, si bien intentionnée soit-elle, et est seule capable d'exercer en toute indépendance et sécurité une pression efficace sur les administrations pour leur faire exécuter les améliorations reconnues nécessaires spécialement au point de vue de l'hygiène.

Je réclamerai en outre l'obligation, pour toute station sanitaire, ville d'eaux ou autre, d'avoir un pavillon d'isolement pour le traitement des maladies contagieuses.

BIBLIOGRAPHIE

LA RAISON DANS LA FOLIE. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le Dr Victor PARANT (Paris, Octave Doin, éditeur, 1888).

On sait quel désaccord règne au sujet des aliénés entre les médecins spécialistes et le gros du public. Si les premiers sont censés voir des fous partout, le second n'en voit pour ainsi dire nulle part, et le mot cité par Pinel de ce visiteur qui, après avoir parcouru les divers quartiers de son service d'aliénés s'écriait surpris: « Mais où sont les fous? » reste encore comme l'expression la plus parfaite de l'opinion courante.

Etre fou en effet, pour la plupart des gens, c'est extravaguer d'une façon complète; n'avoir plus ni idées, ni sentiments, ni souvenirs; ne pas savoir où l'on est ni ce que l'on est; ne pas reconnaître ses proches; ne pas distinguer un sou d'un franc, le jour de la nuit, etc.; en un mot, ne plus rien avoir de l'animal pensant. Tout individu qui ne répond pas à ce type n'est pas fou.

Or c'est là une erreur grossière engendrée par l'ignorance et perpétuée par la tradition. Le fou, tel que le conçoit le public, c'est-à-dire l'être absolument dénué d'intelligence et de jugement, est l'exception; le fou, tel qu'on l'observe réellement, est un être qui pense, imagine, réfléchit, se souvient, prévoit, se décide, c'est-à-dire qui, dans une mesure plus ou moins grande, *fait œuvre de raison*.

Voilà ce qu'il faudrait démontrer une fois pour toutes à ceux qu'ont aveuglés jusqu'ici les préjugés ou le parti pris, et cette démonstration serait sans nul doute le moyen le plus efficace d'atténuer, sinon de faire disparaître entièrement le fâcheux désaccord dont je parlais plus haut. Il y a donc là une œuvre de première utilité à accomplir, et, pour me servir d'une expression devenue courante, il y a là un *livre à faire*.

Je dis un livre à faire, car si la question ne peut soulever aucun doute pour tous ceux qui en ont une connaissance suffisante, elle n'a jamais que je sache, été soumise au public sous la forme vulgarisable qui lui convient.

Ce livre à faire, le Dr Parant, un travailleur et un érudit, vient de le tenter et, on peut le dire, avec succès. Le titre seul de son ouvrage « *la Raison dans la Folie* » me paraît des plus significatifs et des plus heureux, parce qu'il contient, dans le rapprochement même de ces deux mots en apparence incompatibles, tout l'énoncé du problème.

Je ne veux et ne peux suivre l'auteur dans la longue série de chapitres qu'il a consacrés à examiner sous toutes ses faces la question de la persistance partielle de la raison chez les aliénés (mémoire, occupations, conversations, écrits, aspect, physionomie, activité cérébrale, jugement, conscience de soi, discernement du bien et du mal, esprit de conduite, logique, etc.), et il me suffira de dire que chaque partie de sa démonstration s'appuie surtout sur des faits, pour la plupart empruntés aux annales de la science, ce qui rend l'ouvrage plus probant, en même temps que plus attrayant à la lecture.

Je ne chicanerai pas non plus mon distingué confrère sur certains points qui me paraissent d'une importance secondaire dans une étude de ce genre, comme par exemple, la division qu'il a adoptée, plus exacte peut-être au point de vue psychologique qu'au point de vue clinique. J'aime mieux lui signaler une lacune que je crois, sauf erreur, plus digne d'être soumise à son appréciation.

Après avoir démontré par toutes sortes de preuves et d'exemples, que la raison survit toujours à *un degré quelconque*, dans la folie, le Dr Parant cherche à établir que cette persistance partielle de la raison, si marquée qu'elle paraisse, n'influe en rien sur la responsabilité de l'aliéné; en d'autres termes que l'irresponsabilité est toujours absolue dans la folie, quelle qu'en soit la forme.

Ici, il faut bien le dire, les aliénistes sont divisés d'opinion. Les uns, comme M. Parant et avec M. Falret, sont partisans convaincus de l'irresponsabilité complète dans toute folie confirmée; les autres admettent une responsabilité atténuée ou proportionnelle, mesurée pour ainsi dire au degré de raison survivant chez l'aliéné, et il est évident que, parmi ces derniers, il faut compter la majorité du public, à qui cette espèce de justice distributive doit apparaître comme le système d'appréciation le plus naturel et le plus logique.

La thèse du docteur Parant heurtait donc trop les idées reçues pour n'avoir pas besoin d'être étayée sur les preuves les plus solides et les plus convaincantes. Or, parmi ces dernières, l'auteur me paraît s'être privé à tort d'un argument très susceptible de frapper les esprits, aussi bien par son apparence paradoxale que par son évidence même. Il consiste en ce fait que, *d'une façon générale, les aliénés les plus dangereux sont ceux chez lesquels persiste la plus grande somme de raison*, par suite précisément de cet état mental qui les rend aptes à concevoir et à méditer leurs actes morbides. Un certain nombre de cas probants, empruntés à la clinique médico-légale des folies dites partielles ou systématiques, des folies raisonnantes ou lucides, des impulsions conscientes, etc., suffisaient à établir cette vérité et à prouver par conséquent que les *fous les plus raisonnables* n'étaient pas les moins dangereux et par conséquent les moins fous de tous.

La conclusion admise par l'auteur que l'irresponsabilité absolue leur était applicable s'ensuivait dès lors d'une façon plus rationnelle et, en tous cas, plus motivée. Il y avait là, me semble-t-il, matière à un chapitre plein d'intérêt et d'une certaine portée médico-légale.

Telle est la seule objection un peu sérieuse que je trouve à faire à l'ouvrage du docteur Parant. Pour tout le reste, il n'y a qu'à le féliciter et à le remercier de nous avoir mis entre les mains un document précieux auquel nous pouvons renvoyer désormais, pour se convaincre, les ignorants et les abusés.

Dr RÉGIS.

BULLETIN

De la substitution en thérapeutique des principes immédiats aux préparations médicamenteuses des plantes qui les renferment. — Résultats des mesures hygiéniques dans les hôpitaux d'enfants. — Le baillement hystérique, naturel et suggéré.

La discussion dont l'Académie de médecine est actuellement saisie sur le strophantus et la strophantine s'est étendue,d'une manière générale,à l'action comparative des préparations médicamenteuses des plantes et des principes immédiats qu'elles renferment. M. Laborde a défendu, avec non moins de talent que de conviction, l'opinion déjà exprimée par M. Sée, que les alcaloïdes ou principes immédiats d'une plante doivent toujours être préférés aux préparations de la plante elle-même, variables suivant une foule de circonstances, et dont l'action par conséquent ne saurait jamais avoir rien de certain.

L'alcaloïde, au contraire, toujours identique à lui-même; toujours *un*, puisque sa formule chimique est déterminée, donne une précision qui doit satisfaire le praticien au même titre que le physiologiste.

Quand la chimie l'a isolé et que l'expérimentation animale a étudié son mode d'action et permis d'en fixer approximativement la dose thérapeutique et la dose toxique, la clinique a le devoir de l'essayer à son tour, et une fois l'épreuve faite, de le substituer aux anciennes préparations pharmaceutiques. Agir ainsi, c'est suivre la voie du progrès scientifique; rester fidèle aux vieilles formules, c'est se condamner à un empirisme rétrograde.

La thèse soutenue par M. Laborde est séduisante *à priori*; elle tend, en effet, à donner à la thérapeutique une précision que celle-ci est loin de posséder et à transporter sur le terrain clinique la rigueur d'expérimentation observée dans les laboratoires. Malheureusement elle soulève des objections nombreuses, dont plusieurs ne laissent pas d'être fondées; MM. Constantin Paul et Trasbot en ont déjà présenté quelques-unes. A côté du principe, ou des principes immédiats cristallisés extraits d'une plante, ont-ils dit, celle-ci renferme d'autres principes, non cristallisables, que la chimie n'a pas encore isolés, et dont l'action s'ajoute en la modifiant, à celle des premiers. C'est ainsi que le strophantus est diurétique, tandis que la strophantine ne l'est pas; que les effets produits par la digitale sont loin d'être identiques à ceux de la digitaline, etc.

Mais, en admettant qu'on pût isoler, cristallisables ou non, tous les principes actifs d'une plante, pourrait-on, comme le demande M. Trasbot, en mélangeant ou combinant ces principes dans des proportions définies, reproduire exactement les effets de la plante elle-même? c'est plus que douteux. A en juger par l'action comparative des eaux minérales naturelles et des eaux minérales artificielles, où il s'agit cependant de principes inorganiques plus faciles à manier, les données de la chimie sont loin de marcher parallèlement avec celles de la clinique. C'est que la première, malgré ses grandes et précieuses conquêtes, a encore bien des inconnues à résoudre. Ces corps, acides, basiques ou salins qu'elle extrait des eaux minérales et qu'elle reconstitue hypothétiquement, ces alcaloïdes, glycosides, etc., qu'elle tire du règne végétal, et dont elle détermine la formule, dans quel état d'association ou de combinaison, dans quel état moléculaire se trouvent-ils dans leur milieu naturel? C'est ce qu'on ignore, et ce qui, sans doute, explique les différences d'action dont il vient d'être parlé.

Cela dit, ces restrictions faites, nous sommes volontiers avec M. Laborde pour conseiller l'emploi des alcaloïdes toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir une action nettement déterminée et circonscrite, en rapport avec les données de la physiologie expérimentale. Mais ces cas ne sont pas les plus fréquents dans la pratique médicale; on se heurte le plus souvent à une grande complexité des problèmes thérapeutiques à résoudre, et voilà pourquoi certaines méthodes de laboratoire ne seront pas de longtemps appliquées ni applicables aux recherches de la clinique.

— L'Hôpital des Enfants-Assistés a toujours fourni un contingent énorme à la mortalité infantile; la rougeole et la diphthérie, en particulier, se sont montrées si constamment et si terriblement meurtrières, que quelques bons esprits ont pu songer à en faire des formes spéciales de l'une et l'autre maladie. Les faits viennent de montrer que ce n'était qu'une question de milieu. En effet, il a suffi de placer les petits malades dans des pavillons d'isolement, et de désinfecter à l'étuve tous les objets contaminés, pour réduire dans de fortes proportions la gravité en même temps que le nombre des cas et rendre aux deux maladies l'attitude et le mode d'évolution qu'elles présentent en ville ou dans les autres hôpitaux d'enfants. On lira avec intérêt, sous ce rapport, une communication de M. Sevestre à la Société médicale des hopitaux. Il résulte en outre de cette communication, et de la discussion à laquelle elle a donné lieu, que si l'hygiène hospitalière a déjà donné d'excellents résultats dans les hôpitaux d'enfants, il y a encore à ce sujet bien des progrès à réaliser. Si l'administration a conscience de sa responsabilité, elle ne saurait tarder à compléter les mesures d'hygiène reconnues nécessaires.

—M. Charcot a repris la publication de ses Leçons du mardi a la Salpêtrière, publication dont nous avons déjà eu l'occasion de montrer l'intérêt. La première débute par la présentation et l'examen d'une malade, atteinte de bâillement hystérique. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans dont les antécédents héréditaire, comme les antécédents personnels,permettraient, en dehors des stigmates permanents qu'elle présente, anesthésie cutanée, abolition du goût et de l'odorat, diminution de la sensibilité pharyngée, rétrécissement du champ visuel, etc., de rattacher à la grande névrose les bâillements auxquels elle est sujette. A l'origine il y avait 8 bâillements par minute, soit 400 par heure et 7200 en 15 heures de veille; au jour de la leçon, le nombre était diminué de moitié. La durée du bâillement est réduite à peu près dans la même proportion : de 5 à 7 secondes elle est descendue à 3 ou 4. Autrefois le bâillement était double; il est devenu simple sous l'influence de l'amélioration obtenue. Le sommeil seul met une trêve aux bâillements.

Ces bâillements d'ailleurs ne diffèrent en rien d'essentiel du bâillement physiologique. Ils sont d'une moyenne intensité, s'accompagnent rarement de pandiculations et presque jamais de sécrétion de salive ou de larmes. Ils sont rythmés, séparés par des aspirations à peu près régulières, ainsi que le montrent divers tracés. Ils ont d'abord alterné avec de la toux, celle-ci a disparu. Bâillements, toux, aboiements, etc., sont du reste des phénomènes de même ordre.

Le bâillement est souvent contagieux ; il faut un certain effort pour y résister. L'état de somnambulisme, qui annihile toute force de résistance, rend éminemment impressionnable à ce genre de contagion. Une malade, somnambulisée et placée en face de la première, s'est mise promptement à bâiller comme celle-ci ; les bâillements ont continué même après son réveil, et l'on a dû l'hypnotiser de nouveau pour les faire cesser par suggestion.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Responsabilité des chirurgiens. Le tribunal civil de la Seine vient de confirmer la jurisprudence qui a cours habituellement en ce qui concerne la responsabilité du médecin ou du chirurgien dans l'exercice de sa profession. Un militaire retraité, opéré d'une ankylose angulaire du genou à l'hôpital du Val-de-Grâce et n'ayant pas obtenu le résultat désiré, a poursuivi le chirurgien en 50.000 fr. de dommages intérêts. Le jugement qui l'a débouté de sa demande s'appuie, entre autres, sur les considérants généraux suivants :

« Attendu, en principe, que si les tribunaux ont le droit incontestable d'examiner dans les affaires qui leur sont soumises, si un médecin a commis une faute et une imprudence, ou s'il s'est écarté des règles de sa profession, il ne leur appartient pas de trancher la question d'ordre scientifique, d'appréciation et de pratique médicale ;

« Qu'ils ne sauraient davantage se prononcer sur l'opportunité d'une opération, sur la méthode préférable et sur le meilleur traitement à suivre ;

« Que les questions purement techniques échappent à leur compétence, et qu'ils doivent se borner à rechercher s'il y a eu, de la part de l'homme de l'art, imprudence, négligence, défauts de soins ou maladresse manifeste... »

—Concentration des sociétés formant la croix-rouge française. Dans un article que vient de publier l'*Union médicale*, M. Bouloumié demande avec raison la concentration des différentes institutions ou sociétés ayant pour but de secourir nos blessés en cas de guerre. Ces sociétés sont, ou seront bientôt au nombre de quatre: La société française de secours aux blessés, l'Association des Dames françaises, l'Union des femmes de France, et les Brancardiers des frontières, dont notre confrère propose l'organisation. Ces sociétés, quand elles devront fonctionner, relèveront naturellement du Commandement et de la Direction du service de santé de l'armée ; mais, n'ayant entre elles aucun lien, elles pourraient, au lieu de s'entr'aider en faisant converger leurs efforts, nuire au fonctionnement respectif les uns des autres. Une fusion entre elles compromettrait l'émulation qui accroît leur vitalité; et pourrait faire naître des rivalités funestes. Il est bon cependant de les rattacher les unes aux autres, tout en leur laissant leur indépendance et leur autonomie; c'est pourquoi M. Bouloumié propose d'organiser, dans chaque localité où elles fonctionnent simultanément, un Comité local composé d'un délégué de chacune d'elles, et, à Paris, un Conseil supérieur composé de deux délégués. Ce Conseil aurait pour attributions de centraliser les rapports des divers comités locaux et de représenter les sociétés auprès de l'autorité militaire, dont il ferait exécuter les instructions. Le projet de notre confrère mérite à tous égards de fixer l'attention et des sociétés de secours, et du service de santé militaire.

—La femme pharmacien. Notre collaborateur Somans s'étonnait récemment qu'à côté *des doctoresses* il n'y eût pas encore de *femme pharmacien* : la lacune va être comblée et c'est la Russie qui donne l'exemple. Nous recevons, en effet, d'un de nos abonnés de Saint-Pétersbourg, justement fier, selon ses propres expressions, de la jeunesse russe et polonaise émancipée, la nouvelle suivante, extraite du *Journal de Saint-Pétersbourg* :

« Les *Nouvelles* annoncent la prochaine ouverture à Varsovie, de la première pharmacie spécialement dirigée et desservie par des femmes. A la tête de l'établissement se trouve Madame Biégouska, qui a fait ses études à Zurich et passé ses examens à l'Université de Kiew. *Le personnel se composera exclusivement de femmes.* »

— Congrès allemand de médecine interne. Le huitième congrès aura lieu à Wiesbaden du 15 au 18 avril prochain, sous la présidence de M. Von Liebermaster (de Tubingue).

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — L'administration de l'Assistance publique vient d'ajouter huit noms aux quarante-six internes titulaires nommés cette année. Ce sont : MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand.

***

Concours d'agrégation en médecine. — Voici, pour les différentes Facultés et par ordre alphabétique, les noms des candidats admissibles à subir les épreuves définitives :

MM. Babinski, Balzer, Brault, Chantemesse, Charrin, Gaucher, Gilbert, Letulle, Marie, Netter, pour la Faculté de Paris ;

MM. Grenier, Roger, Audry, Combemale, pour la Faculté de Lille;

MM. Mesnard, Suzanne, Davezac, pour la Faculté de Bordeaux ;

M. Roques, pour la Faculté de Lyon ;

MM. Jeannel, Sarda, Colin, pour la Faculté de Montpellier ;

M. Gueit, pour les Facultés de Lyon et Bordeaux.

***

Académie de Nancy. — MM les professeurs Hecht et Bernheim ont été élus délégués de la Faculté de médecine de Nancy au conseil général des Facultés.

***

Association générale des Médecins de France. Société Centrale. — La séance annuelle de la Société Centrale aura lieu le dimanche 3 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue. — *Ordre du jour :* Allocution du Président ; Rapport du Secrétaire ; Compte rendu du Trésorier; Ratification des admissions faites dans l'année ; Élection du Vice-Président et de douze Membres de la Commission administrative en remplacement des Membres sortants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Dormand. De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatile. — M. Gillet. De l'ambryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur. — M. Dufour. Contribution à l'étude des auto-intoxications. Des manifestations morbides du surmenage physique. — M. de Christmas. Recherches expérimentales sur la suppuration.

M. Lanselle. Présentations primitives de la face. — M. Gorodichze. Du prolapsus de l'utérus gravide. — M. Despaigne. Etudes sur la paralysie faciale périphérique. — M. Pallier. Des périfolliculites suppurées en plaques. — M. Leriche. Service chirurgical de l'hôpital Isaac Pereire à Levallois-Perret. — M. Haensell. Recherches sur la structure et l'hysto-génèse du corps vitré normal et pathologique. — M. Boutarel. Etude physiologique et thérapeutique sur les eaux de Bourbonne-les-Bains. — M. Barharat. Diagnostic différentiel des éruptions du cuir chevelu dans l'enfance. — M. Morain. Du céphalœmatome chez le nouveau-né et en particulier de son étiologie.

M. Combe. De la transmission de la tuberculose par le lait. De l'hygiène des vacheries. — M. Fabre. Contribution à l'étude de la fièvre hystérique. — M. Jangey. De la pleurésie dans la fièvre typhoïde.

M. Monlonguet. Extirpation des tumeurs de la face par le morcellement. — M. Simon. Contribution à l'étude de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 20 AU SAMEDI 26 JANVIER 1889

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 5. — Rougeole, 49. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphtérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 29. — Autres, 5. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 63. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 39. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 41. — Pneumonie, 63. — Gastro-entérite des enfants (sein), 8. — Biberon, 34. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonites puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 43. — Suicides, 8. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 177. — Causes inconnues, 19. — Total : 1040.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le sinus uro-génital, son développement, ses anomalies, par le Dr Issaurat, membre de la Société d'anthropologie. Une brochure in-8 de 5 pages. Prix : 2 fr. 50.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à la Salpêtrière, par O. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Salpêtrière, comprenant les nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. Un beau volume in-8 de 520 pages avec figures dans le texte. Prix : 10 fr.

La diphtérie, son traitement antiseptique, par le Dr J. Renou (de Saumur). Études cliniques précédées d'une préface du professeur Grancher. Un volume in-8 de 300 pages. Prix : 6 fr.

Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus, influence du père, recherches cliniques, par le Dr Felice La Torre, membre correspondant étranger de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, membre de la Société française d'hygiène. Grand in-8 de 236 pages. Prix : 5 fr.

Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, par le Dr Laurent Secheyron, ancien interne des hôpitaux et maternités de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse, précédé d'une préface de M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. Un beau vol. grand in-8 de 825 pages avec figures et tableaux dans le texte. Prix : 14 fr.

Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, par le Dr F. Arnaud, médaille de bronze de l'Assistance publique, etc. Grand in-8 de 80 pages. Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

[illegible] A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine
52, rue Madame et rue Corneille, 3



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.)

HYDROLOGIE

LA MÉDICATION THERMALE.

Leçon d'ouverture du cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques par le Dr Max. DURAND-FARDEL.

Un enseignement semblable à celui-ci doit toujours être défini d'abord dans son caractère et dans sa portée.

Son caractère sera essentiellement pratique.

Son but est, suivant la formule que j'ai toujours reproduite, de vous apprendre à vous servir des eaux minérales comme on se sert des autres agents de la thérapeutique.

Je me ferai un devoir de ne vous présenter que des notions utiles et applicables : je me placerai souvent au point de vue du médecin ayant à prescrire dans son cabinet un traitement thermal, et je m'appliquerai à vous mettre à même de le faire avec discernement et avec sûreté.

C'est donc un enseignement thérapeutique que je vous propose, et de thérapeutique appliquée. Celle-ci suppose une double connaissance :

La connaissance du *sujet*, c'est-à-dire des eaux minérales et de leur *matière médicale*.

La connaissance de *l'objet*, c'est-à-dire des maladies chroniques dont il s'agit d'instituer la *thérapeutique* thermale.

La méthode que je suivrai est basée, pour la matière médicale, sur la *classification* des eaux minérales, laquelle est établie sur les analogies et les dissemblances des différentes espèces d'eaux minérales entre elles, — pour la thérapeutique, sur la *spécialisation* des eaux minérales, laquelle est établie sur les rapports existant entre les caractères des eaux minérales et leurs applications.

Quelques explications sur ces deux points de la méthode sont nécessaires.

Les eaux minérales se présentent dans des conditions de composition qui permettent d'établir entre elles des groupes bien déterminés et de les soumettre à une classification méthodique.

C'est ainsi que nous rencontrerons des groupes d'eaux sulfurées, d'eaux chlorurées, d'eaux bicarbonatées, d'eaux sulfatées, et d'eaux à minéralisation indéterminée. Nous aurons à étudier les caractères respectifs de ces groupes et des divisions que l'on peut établir dans chacun d'eux. Nous aurons ensuite à les transformer en agents thérapeutiques et à suivre les rapports qui existent entre la classification et la spécialisation (matière médicale et thérapeutique).

Maintenant, avant d'aller plus loin, je dois vous arrêter sur une particularité importante de la médication thermale.

Vous savez que la méthode actuelle de la thérapeutique raisonnée est tout analytique. A l'aide de l'analyse chimique, les médicaments, les médicaments organiques, qui forment la partie la plus considérable de la matière médicale contemporaine, sont dissociés, disséqués en quelque sorte, de manière à

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

II.

Nous n'y verrions aucun péril si ces stages dans les bons coins n'amenaient de pareilles prolongations dans les mauvais pour ceux qui me touchent particulièrement le cœur, les non-protégés.

Le médecin ou pharmacien presque « territorial » qui coupe ses 4 ans de Paris par une fausse sortie, et recommence à nouveau son bail de 4, 8, 12, fait preuve d'états solides en haut lieu et de « connaissances utiles ». Mais cela n'est pas pour nous séduire.

Notre affection et tout entière, et autrement émue, va à l'oublié, au « pauvre diable » qui dans ses 25 ans de services effectifs, n'a guère vu Paris que sous les espèces du Val-de-Grâce et de la pauvre rue Saint-Jacques.

Et qui, comme les comédiens de second ordre, tout en brûlant de s'essayer dans la capitale, n'a jamais connu que les scènes secondaires et les salles (de malades s'entend) de la Province.

Ceux-là, les petits, ont toute notre âme ; nous voudrions, et ce jour de justice viendra, qu'on fasse varier les titulaires des hôpitaux et de ces régiments dits Caen-Paris, Rouen-Paris, Amiens-Paris, etc., qui ont avec le boulevard des mariages périodiques, qu'aussi on réduise le séjour hospitalier à 3 ans (ce qui est la durée normale des corps de troupe) de façon à faire goûter de cet Eden à beaucoup de majors et à presque tous les principaux dans leur première ou deuxième classe.

Il importerait que les nominations ne soient pas faites au tour de la promotion, familial ou même colonial, au tour de la quemande à répétition surtout qui, nous dit-on, a pris dans les couloirs les allures d'un tir rapide et doit être découragée des antichambres.

(1) Voir le numéro précédent.

en isoler le principe élémentaire. Et c'est en suite de l'analyse expérimentale de ce principe que se déduisent les propriétés physiologiques et thérapeutiques du médicament. La connaissance, déjà ancienne, de la morphine, de la quinine, de la strychnine, de la digitaline, a ouvert une voie féconde d'observations. Et, bien que la morphine ne soit pas tout l'opium, ni la quinine tout le quinquina, on a pu suivre ainsi avec rigueur et exactitude les moindres actions des médicaments sur chacun des systèmes de l'économie, et arriver à rationaliser leur emploi, à prévoir leurs effets et à systématiser leurs indications.

Il n'en est pas de même des eaux minérales, qui ne sont pas des médicaments simples, ou pour mieux dire des médicaments susceptibles d'être réduits à leurs éléments simples.

Qu'est-ce qu'une eau minérale, ou si vous voulez, qu'est-ce qu'elle représente à nos yeux? C'est un agrégat de corps métalliques et métalloïdes, généralement combinés sous des formes simples, à l'état de sels, se côtoyant dans un excipient, l'eau, qui arrive à la surface du sol avec une température déterminée, depuis une température froide jusqu'à de hautes thermalités.

L'analyse chimique retrouve sans peine chacun de ces corps et les détermine séparément. C'est ce qu'on a appelé l'analyse *réelle*, ce que j'appelle analyse de *dissociation*.

Mais, comme ces corps simples, isolés par l'analyse, n'avaient pu demeurer rapprochés les uns des autres sans subir certaines lois d'attraction qui devaient les forcer à se combiner ensemble, on reproduit ces combinaisons théoriquement. C'est ce qu'on a appelé l'analyse *hypothétique*, mais qu'il vaut mieux appeler analyse de *reconstitution*.

En effet tout hypothétiques qu'ils puissent paraître, les résultats de l'analyse de reconstitution présentent dans leur ensemble un caractère suffisant de certitude. Il n'est pas difficile, étant donnée une proportion constatée d'acide carbonique, sulfurique ou chlorhydrique... en présence d'une proportion également connue de bases alcalines ou terreuses, comme on disait autrefois, c'est-à-dire sodiques ou calciques, de déterminer les combinaisons auxquelles leur présence respective a dû donner lieu. Dans tous les cas, les divergences que peuvent présenter les analyses effectuées par des chimistes différents ne portent généralement que sur des points secondaires, et ne sauraient modifier en rien les caractères généraux et significatifs des produits analysés.

Les eaux minérales représentent donc, comme leur nom l'indique, des médications minérales. Sont-elles quelque chose de plus?

Comme je me suis imposé le devoir, dans cet enseignement, de n'y introduire que des faits avérés d'observation, vous me permettrez de ne m'arrêter sur aucune des théories par lesquelles on a essayé d'expliquer les actions des eaux minérales. Il est certain que celles-ci représentent une médication à part, venant ajouter à la thérapeutique commune des ressources que l'on demande en vain à ses agents ordinaires. Etat naissant des corps, électricité, division moléculaire, actions métallo-thérapiques, je ne vous entretiendrai pas des hypothèses dont ces divers points de vue ont pu être l'objet. Quant à la part que l'on pourrait attribuer aux êtres organisés, microbes ou autres, contenus on supposés dans les eaux minérales, je ne vous en entretiendrai pas davantage, toute spéculation sur un tel ordre d'idées serait aujourd'hui prématurée. Nous devons attendre les résultats de recherches du plus haut intérêt actuellement poursuivies sur ce sujet.

Il nous faut donc prendre les eaux minérales telles qu'elles se présentent à nous et que l'analyse chimique nous permet de pénétrer dans leur constitution. Nous aurons à examiner, dans le cours de ces leçons, ce que les circonstances naturelles ou artificielles dont le traitement thermal proprement dit peut être entouré, sont propres à ajouter à ces actions médicamenteuses. Mais j'ai dès maintenant à vous présenter quelques remarques qui vous prépareront à l'étude de leur matière médicale.

On peut classer les éléments constitutifs des eaux minérales reconnus par l'analyse, en trois catégories, tout artificielles ou de convention, je le reconnais:

A. — Ceux qui font la base en quelque sorte banale de toutes les eaux minérales.

B. — Ceux dont la prédominance sert à désigner les classes d'eaux minérales.

C. — Quelques principes qui, par leur caractère et leur signification particulière, semblent se dégager de l'ensemble.

A. — Toutes les eaux minérales présentent un fond plus ou moins complet de matières banales, sels de chaux, de magnésie, de soude, qui leur sont communs avec les eaux dites *douces*, plus ou moins bien appropriées à l'alimentation, mais impropres à l'usage thérapeutique. On peut les comparer à ces matériaux vulgaires qui servent de base à tous les édifices, les plus humbles comme les plus ambitieux.

Mais à l'*Ancienneté* tout b...onnement.

***

D'autant que les avantages de Paris en cours, conférences, cliniques, bibliothèques et en *utile dulci* de tout genre, se cumulent avec un temporel appréciable qui est de 1679 fr. annuels pour les principaux de première classe, 1624 fr. pour ceux de deuxième, 1368 pour les majors de première.

Cette majoration dite « supplément de solde dans Paris » s'augmentera cette année, et nous l'espérons fort pour nos camarades d'un supplément dit d' « Exposition » analogue à celui de 1878.

Mais toutes ces capitalisations de la capitale, tous ces intérêts, sont une raison de plus d'avoir le moins d'inamovibles possible, et de faire « circuler » les bénéficiaires pour lesquels il existe une puissante réserve de remplacement.

Ce sont ces demi-perpétuités dans les postes de prébende, les choix peu intelligibles concédés à certaines familles et presque dynastiques, ces *choix* pour ainsi dire de second choix, qui expliquent les centaines de demandes de démission accusées à la tribune du Sénat, et la continuité des retraites à 30 ans de service, autrefois absolument sans exemple, O Dieux Immortels!

On s'en va.

***

Et il y a mieux à faire que de coffrer dans son grade un aide-major malgré lui, et de refuser les démissions en décrétant une variété de médecine militaire obligatoire.

Sans doute, et on nous l'écrit de bien des points, ce sont souvent les meilleurs qui répugnent tous les ans, et même cette année, à se voir par le Tableau infériorisés à des inférieurs.

Les rebuts se rebutent moins.

Mais il n'y a pour remède à ces dépits amoureux, qu'une équité stricte, une probité spartiate, dans une maison de verre directoriale; il y faut un justicier de droite ligne, un imprenable.

C'est beaucoup demander même à un inspecteur fort au-dessus de l'inspectorat moyen, mais le Dr Dujardin-Beaumetz est homme à serrer cet idéal d'assez près.

La certitude de ne plus subir dans sa carrière de classifications d'opérette et la primauté des derniers; d'avoir à son tour part au

B. — D'autres principes viennent à les dominer, par leur chiffre ou leur caractère de minéralisation, d'après lesquels nous reconnaissons les classes naturelles d'eaux minérales. Je vons signalerai les sulfures, le bicarbonate de soude, le bicarbonate de chaux, le chlorure de sodinm, le sulfate de chaux, etc. Or, vous verrez que, dans les applications de cessorties d'eaux minérales, ces principes dominants et caractéristiques, sulfures, bicarbonate de sonde, chlorure de sodium, pour prendre ceux dont la caractérisation est le plus accusée, ne sauraient nous rendre compte par eux-mêmes ni de la portée, ni de l'ensemble de ces applications.

Oui, sans doute, ponr une partie. Dans les eaux sulfurées, celles où nn principe caractéristique se dégage avec le plus de netteté, nous retronvons bien, si je puis ainsi parler, la personnalité du soufre dans leurs actions sur la peau, et anssi snr les muqueuses respiratoires. Mais que nous représente le soufre lui-même, vis-à-vis des actions si étendues et si spéciales de cette grande médication sulfureuse?

Prenons les eaux bicarbonatées sodiques, Vichy par exemple. Sans doute, il est des états où le bicarbonate de sonde que nous en retirons exerce des actions analogues: ainsi dans les états uratiques, vons pouvez voir le bicarbonate de soude déterminer des atténuations aussi rapides que l'eau minérale elle-même, et quelquefois suffire pour enrayer une gravelle urique, pourvu toutefois que les racines diathésiques de celle-ci ne soient pas trop profondes. Mais quel parti pourrait-on tirer du bicarbonate de sonde isolé dans les actions les plus élémentaires des eaux de Vichy, sur les affections calculeuses ou parenchymateuses du foie, sur la goutte articulaire, sur la cachexie paludéenne? etc...

Prenons encore les chlorurées sodiques, et tenons-nous à leurs puissantes actions sur la scrofule et ses plus profondes manifestations. Que ferait ici le chlorure de sodium isolé? L'iode et le brome sont les seuls agents dont l'action puisse en être rapprochée, et ils prennent certainement une part à ces actions, le brome du moins, car l'iode lui-même y est à peine perceptible.

Enfin, il est une classe d'eaux minérales que je me borne à vous signaler aujourd'hui, classe importante, et à spécialisations déterminées, comme Néris, Plombières, Bains, etc., que caractérise précisément l'absence de toute caractéristique, c'est-à-dire l'absence de principes minéralisateurs saisissables et auxquels on puisse attribuer une signification déterminée.

C. — Il est encore certains principes qui semblent, par le caractère particulier qui s'y rattache, se dégager, de manière à leur assigner un rôle dominateur, de la foule des principes banaux qui les accompagnent, et à côté des principes prédominants par leur proportion.

Il en est ainsi du fer, il est vrai, dont les propriétés ressortent assez pour donner sa caractéristique, j'allais dire sa note, à toute une classe d'eaux minérales, et pour se laisser distinguer partout où le fer se trouve dans certaines conditions. Mais on ne pent en dire autant de quelques autres principes dont, dans ces dernières années, des analyses plus pénétrantes ont révélé la présence. A mesure de leur apparition, on se jette en quelque sorte sur eux pour leur demander l'explication des actions thérapeutiques; ainsi pour l'arsenic à la Bourboule, par exemple, pour la lithine à Royat, pour le fluor au Mont-Dore. J'aurai à vous dire comment de tels principes, très intéressants et actifs par eux-mêmes, ne font qu'unir ou ajouter leurs actions à celles des autres principes concomitants, sans qu'il y ait à leur attribner aucune autocratie dans le jeu des eaux minérales qui les contiennent.

La conclusion de tout ceci, dont les leçons qui suivront seront le développement, c'est qu'une ean minérale doit tonjours être considérée, dans son ensemble, comme une unité composée de parties qui concourent à un résultat donné, et qui, théoriquement, mais sans doute aussi dans la réalité, cesserait d'être si l'on en séparait quelqu'une de ces parties.

C'est encore que, sans préjuger des résultats auxquels pourront amener des investigations ultérieures, les eaux minérales doivent être considérées actuellement d'une manière à peu près empirique. Et vous me permettrez de vous faire remarquer que, plus on pénètre au fond des choses, plus on vient en général à se butter à un véritable empirisme, c'est-à-dire qu'on arrive à un point où le pourquoi et le comment des choses les mieux étudiées demeurent inexpliqués.

La spécialisation des eaux minérales se rattache directement à la classification en raison de ce fait, facile du reste à prévoir: qu'à chacune des classes et des divisions de classes établies par la classification correspondent des applications thérapeutiques particulières, et par suite des indications déterminées.

Il est des spécialisations générales relatives aux grandes classes d'eaux minérales. Il en est qui concernent chacune des divisions établies dans ces classes. Il en est qui appartiennent à certaines stations particulières.

Il ne faut pas attacher à l'idée de spécialisation un caractère trop exclusif.

---

soleil des bons postes sans avoir à incurver son échine et sa dignité, renchainera bien des déchainés et fera plus pour le recrutement, que toutes les bourses gratuites, trousseaux, appeaux et gluaux tendus à l'usage des familles nombreuses aux portes de la nouvelle Ecole de Lyon.

*
* *

Car c'est Lyon-l'Ecole comme Saint-Cyr-l'Ecole.

Par décret du 27 décembre, Bordeaux a été débouté après une belle défense où il a fait l'impossible comme de droit pour diminuer l'adversaire, cela avec la collaboration spéciale des députés, sénateurs, préfets, maires, conseillers généraux et municipaux de la région. Ce qui ne manquait pas d'autorités.

Les professeurs du sud-est et du sud-ouest qui aiment, comme tout le monde des professeurs, un auditoire touffu noircissant des notes et se garant du sommeil comme de la peste par crainte des sergents, se jalousaient la possession de ces longues théories d'étudiants de présence réelle, dont l'assiduité et l'enthousiasme sont garantis par le Gouvernement à l'aide de retenues.

Par contre, depuis près d'un mois, Montpellier, Toulouse, Marseille et Nancy se sentant « moralement abandonnés » faisaient galerie, assistant en simples témoins à l'échange des horions. Il ne leur eût pas déplu autrement, comme à maints autres témoins de duels, de voir de « bons coups » ce qui eût égayé leur mélancolie.

Mais cette compensation leur a échappé.

La victoire a été modeste, la défaite pleine de dignité, sinon résignée.

On lit au décret d'organisation: « Les élèves de 8 à 11 inscriptions nommés élèves du service de santé militaire en 1887 pourront être admis, sur leur demande, à être casernés »

Je crains que le nombre de ces casernés par persuasion ne demeure limité, et que cette bonne Liberté dont nous, les non-casernés de Strasbourg, étions si fervents, ne trouve encore des vocations.

On verra là si l'Histoire se recommence.

*
* *

L'histoire, elle a déjà commencé pour Baudin qui fut, il est bon de le préciser ici à l'aide de documents officiels, chirurgien sous-aide et aide-major.

Si l'on considère les applications de la plupart des stations, on pourra souvent leur attribuer une grande extension en dehors de ce qui représente à proprement parler leur spécialisation. On peut faire beaucoup de choses d'une eau minérale quelconque, moyennant une direction habile et industrieuse, comme dans la médecine de la campagne, par exemple, on peut faire beaucoup de choses avec un nombre très limité de médicaments et de médications. Mais si l'on veut avoir en main la médication thermale proprement dite (ce qui ne veut pas dire toutes les eaux minérales), il faut connaître les éléments multiples dont elle se compose et être en mesure de les comparer entre eux. La thérapeutique appliquée est beaucoup une affaire de comparaison. Il ne suffit pas de savoir qu'un médicament quelconque peut rendre service dans un cas donné, mais si quelque autre ne peut pas en rendre davantage. On assure que tel ordre d'affection est utilement traité près d'une station thermale ; il faut savoir s'il ne le serait pas mieux près d'une autre. C'est à une telle étude surtout que ce cours est destiné.

Je m'appliquerai donc à vous mettre à même, dans un cas donné, de connaître la forme du traitement thermal qui conviendra le mieux. Ceci peut paraître d'abord tout élémentaire. Mais ce n'était pas facile à réaliser tant que les notions propres à nous éclairer sur ce sujet se trouvaient éparses dans des monographies thermales. Je pense qu'il me sera permis de rappeler que cette méthode d'étude d'ensemble et de comparaison entre les divers agents de la médication thermale, je l'ai introduite dans mon enseignement oral et écrit depuis plus de trente ans, et d'affirmer que, hors d'une telle méthode, l'étude médicale des eaux minérales demeurera toujours très confuse.

(A suivre).

REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA CÉPHALALGIE.

(Suite et fin.)

III

Cette notion que le cerveau directement excité peut déterminer de la douleur n'est que timidement indiquée par quelques auteurs, il n'y a pas longtemps encore. Poincaré (1) dit en effet de la céphalalgie : « qu'elle prouve une fois de plus que l'état pathologique peut développer de la sensibilité dans les organes qui en sont normalement dépourvus. Le cerveau paraît en effet insensible à toutes les mutilations artificielles ou accidentelles ». L. Colin ne nie pas qu'il puisse exister un mal de tête d'origine cérébrale et ajoute avec Longet : 1° que les maladies développent de la douleur dans les organes insensibles à nos moyens d'irritation ; 2° qu'il existe, dans les différentes parties du cerveau, un consensus qui peut rendre non seulement excitable, mais peut-être douloureux, tel point de l'encéphale par la stimulation d'un point voisin ou éloigné.

C'est par des modifications pathologiques des milieux nourriciers, lymphe et sang, que les cellules nerveuses sont le plus sûrement irritées, et dans bien des cas cette irritation se traduit par de la céphalalgie. Cette douleur de tête est même l'accident le plus bénin de tous ceux qui peuvent survenir en pareil cas. On voit, par exemple, lorsque le rein est devenu imperméable et que les produits qui devraient être éliminés au dehors sont retenus dans les humeurs, des phénomènes cérébraux apparaître au bout de peu de temps et constituer le syndrome de l'urémie. Ainsi que l'a fait remarquer le professeur Bouchard, une céphalalgie persistante est habituellement le premier signe de l'urémie commençante, le seul qui puisse donner l'éveil et indiquer une intervention thérapeutique. La céphalalgie est donc dans ce cas, comme dans d'autres, le mode initial de réaction des cellules nerveuses atteintes dans leur nutrition. Lorsque l'intoxication est plus complète, les accidents nerveux deviennent plus bruyants, et la douleur de tête s'accompagne de symptômes dont l'intensité suppose une altération plus profonde du fonctionnement des cellules, convulsions, phénomènes épileptiformes, troubles psychiques et coma. Lorsqu'il s'agit de la céphalalgie urémique, personne ne songe à dire qu'elle a sa cause dans un état particulier des muscles ou dans une lésion des méninges, car ainsi que le fait remarquer Chaumier, tout le monde est d'accord pour dire que le cerveau est lésé et souffre ; pourquoi donc s'ingénier à trouver d'autres explications quand il est question d'une céphalalgie vulgaire ?

Plongée au milieu d'une gangue névroglique et sans cesse imprégnée de lymphe, dit Chaumier, la cellule sensitive est aussi enveloppée par un fin réseau vasculaire d'une richesse infinie. Elle baigne au sein de liquides nourriciers qui, normaux, lui permettront de se maintenir dans un état d'indifférence, d'équilibre permanent, d'où elle ne sortira que sous

(1) Poincaré. — Leçons sur la physiologie du système nerveux central.

Il figure pour la première fois dans l'Annuaire de 1833 avec cette indication de poste : hôpital de Toulon. En 1834 il passe à l'hôpital d'instruction du si regretté Strasbourg, l'année suivante au Val-de-Grâce, l'année suivante encore, c'est-à-dire en 1836, à l'hôpital de Versailles.

Il « soutient » sa thèse, comme on disait, le 21 mars 1837, et, par le fait même de son avènement au doctorat, ainsi que cela se pratiquait alors, est promu à l'aide-majorat qui ne comportait qu'une seule classe. Il débute avec le n° 258 sur 372, n'étant resté que 5 ans sous-aide, ce qui était un minimum pour l'époque.

Car l'Annuaire de 1838 porte mémorablement 12 sous-aides de 1823, un de 1814 et enfin le plus ancien de 1805 qui ne devait pas précisément être un jeune écervelé et qui, pour avoir triomphé bien des fois avec nos armées sous l'Empire, n'avait pu triompher du Doctorat.

Le nombre des officiers du Corps de santé à cette époque, il y a un demi-siècle, n'était pas très inférieur à celui d'aujourd'hui, 1203 au lieu de 1254, mais avec des divisions bien différentes.

67 médecins,
1041 chirurgiens,
95 pharmaciens.

Le jeune aide-major Bandin (Jean-Baptiste Alphonse Victor) figure comme aide-major à Alger au premier régiment de zouaves dont Lamoricière était colonel et Cavaignac chef de bataillon.

Puis en 1839 plus rien.

Les archivistes paléographes qui dressent les tables des matières des Annuaires sont muets sur lui. Il a donné sa démission, échappant à la verve exacte de ces poètes.

Parmi les camarades de promotion d'aides-majors de Bandin, on trouve des noms depuis bien connus dans la Médecine militaire, bien que quelques-uns penchent déjà mélancoliquement vers l'oubli. Grellois, Scrive, Marchal de Calvi, Warnier qui fut préfet et député d'Alger en 1871, Haspel, Catteloup, Laveran. C'est toute une statistique.

(A suivre.) Dr Chassagne.

l'influence d'une excitation quelconque. Qu'un des éléments essentiels de ces humeurs nutritives vienne à manquer, l'équilibre cellulaire sera rompu et cet état se manifestera par de la douleur. De plus, comme seconde conséquence de la rupture de cet équilibre, nous aurons une cellule plus sensible aux excitations périphériques, de sorte qu'une irritation qui, à l'ordinaire, n'aurait produit qu'une sensation forte, causera une douleur violente. On sait en effet que les céphalalgiques craignent les sensations trop fortes : bruit, impressions lumineuses, etc. Cette conception des causes générales de la céphalalgie est très nette et peut s'appliquer au plus grand nombre des variétés cliniques, ainsi que nous allons le montrer ; elle se rapproche, par certains points, de celle que Liveing se faisait des causes de la migraine : « en vertu de tendances héréditaires ou autres, il se produit des accumulations irrégulières de fluide nerveux sur différents points du système nerveux, formant en quelque sorte de véritables foyers. Si la tension devient excessive dans l'un de ces foyers, l'équilibre se rompt; c'est là l'origine de l'attaque, à la suite de laquelle l'équilibre se rétablirait jusqu'à la prochaine explosion ». A ce fluide nerveux, tout hypothétique, nous substituons, avec plus de soucis de la vérité, la notion de l'altération de la lymphe péricellulaire et du protoplasma lui-même, ce qui a le mérite de donner une base solide à la théorie que nous défendons.

Un examen attentif nous montre, en effet, que la céphalalgie atteint presque exclusivement les personnes qui présentent des modifications temporaires ou durables des liquides de la nutrition, soit en quantité, soit en qualité. La congestion ou l'anémie cérébrale, les intoxications du sang et de la lymphe par un poison vivant ou par un poison chimique, les diathèses dont l'altération des humeurs est l'accompagnement forcé, sont les états qui prédisposent le plus au mal de tête, et en dehors desquels il n'apparaît qu'exceptionnellement.

Un afflux mal réglé du sang vers les centres encéphaliques est souvent la cause de céphalalgies violentes ; c'est là un fait banal mais qu'il est bon de rappeler. Les personnes prédisposées aux congestions cérébrales redoutent la céphalalgie comme étant l'indice d'un début de congestion, et évitent de faire des mouvements qui, en précipitant les battements du cœur, augmenteraient l'afflux du sang dans le cerveau. C'est presque toujours aux approches de la période menstruelle que les femmes sont exposées à des douleurs de tête, alors que des poussées congestives se produisent vers les centres nerveux comme vers les autres organes. Quelquefois ce mouvement congestif est suffisant pour amener, chez les prédisposées, de véritables crises soit d'hystérie, soit d'épilepsie, et toujours il provoque des troubles psychiques se traduisant par une modification du caractère. Les désordres gastro-intestinaux, dyspepsie, constipation, etc. en étant des facteurs de la congestion cérébrale, sont par cela même l'origine fréquente de la céphalalgie ; on peut en dire autant des lésions de l'orifice mitral et des affections hépatiques, qui déterminent soit de la stase sanguine, soit des mouvements fluxionnaires divers. L'alcoolisme, l'insolation, le refroidissement brusque après un repas abondant, une douche trop prolongée, etc., sont autant de causes de la céphalalgie et agissent par le même mécanisme.

Le phénomène inverse, c'est-à-dire l'anémie cérébrale, exerce sur les éléments nerveux une action spéciale, qui devient souvent aussi une source de symptômes douloureux et en particulier de maux de tête. Il y a longtemps que l'on sait que c'est à la pauvreté du sang en principes actifs qu'il faut attribuer la plupart des névralgies si fréquentes chez les anémiques et les chlorotiques, la névralgie intercostale entre autres. C'est certainement elle aussi qui est l'origine des céphalalgies à répétition que présentent les mêmes malades.

Si les modifications dans la quantité normale du sang qui doit irriguer les centres encéphaliques suffisent à provoquer des céphalalgies, celles qui surviennent dans la composition des éléments constitutifs du sang et de la lymphe agissent encore plus activement. Les diathèses et les intoxications donnent naissance à la céphalalgie en modifiant pathologiquement la composition des humeurs ; on pourrait donc décrire sous la même dénomination de céphalalgies toxiques, les maux de tête diathésiques et ceux qui sont sous la dépendance d'une intoxication proprement dite (Chaumier). Ainsi que l'ont bien montré le professeur Bouchard, puis Boinet (1) en s'appuyant sur de nombreux exemples, la migraine reconnaît presque toujours pour cause les diathèses, c'est-à-dire l'hérédité physico-chimique. L'arthritisme qui, de toutes les maladies diathésiques, est celle qui paraît modifier le plus profondément la constitution chimique des humeurs, est celle aussi qui engendre le plus fréquemment des céphalalgies. La goutte, l'herpétisme sont également des facteurs du mal de tête. Or, il est à remarquer que si la goutte se caractérise à un certain point de vue par la présence d'un excès d'acide urique dans les tissus, le rhumatisme de son côté semble favoriser la production de l'acide lactique; ces deux produits agissent donc directement sur les éléments cellulaires qu'ils empoisonnent, et quand ils s'accumulent momentanément dans les centres nerveux, les cellules psycho-sensitives réagissent à leur manière, c'est-à-dire par une manifestation douloureuse. Il y a névralgie quand un nerf sensitif souffre dans sa nutrition, il y a céphalalgie quand c'est la cellule centrale elle-même qui est atteinte. Les causes locales éloignées que l'on a souvent accusées d'être l'origine des céphalalgies, ne sont que l'expression d'un état constitutionnel qui leur donne naissance en même temps qu'à la céphalalgie. Les soi-disant sympathies entre le cerveau et l'estomac s'expliquent par ce fait que les dyspepsies et les migraines résultent les unes et les autres de la même diathèse, l'arthritisme. Nous en dirons autant des relations entre les affections du foie, les hémorrhoïdes, les troubles abdominaux d'une part et les douleurs céphaliques de l'autre. Tous ces phénomènes sont égaux devant la diathèse, ils ne s'engendrent pas l'un l'autre, ils sont engendrés par elle.

Les produits de désassimilation, quand ils sont retenus dans l'organisme, peuvent en s'y accumulant déterminer de la céphalalgie. Haig a montré que parfois l'ingestion exagérée d'aliments azotés était l'origine d'une céphalalgie qui disparaissait quand, en provoquant une diurèse abondante, on facilitait l'évacuation au dehors de l'excédent de matières azotées. Frappé de ce fait que souvent la migraine est précédée, accompagnée d'une diminution considérable de l'excrétion urinaire, nous avons employé contre elle un traitement consistant en l'administration d'un diurétique et de lait en grande quantité, et nous l'avons vue céder rapidement dans la plupart des cas. Il est permis de dire que le succès obtenu était dû à l'expulsion des produits excrémentitiels qui tendaient à s'accumuler, et qu'une crise provoquée chasse la migraine, tout comme la crise naturelle qui accompagne d'habitude la fin de l'accès est l'origine de sa disparition.

IV

Non seulement les produits toxiques formés et retenus dans l'organisme produisent la céphalalgie, mais les toxiques minéraux introduits dans l'économie donnent le même résultat. Nous ne ferons que citer les céphalalgies si violentes qui accompagnent les empoisonnements par l'oxyde de carbone, par le gaz d'éclairage, par les sels de plomb, de cuivre et de mercure, etc. On les voit dans l'empoisonnement aigu, tout comme dans l'intoxication chronique ; la céphalalgie persistante des saturnins est due à l'action des parcelles de plomb accumulées

(1) Boinet. — Des parentés morbides. Thèse d'agrégation, 1886.

dans le cerveau sur les cellules nerveuses et peut-être aussi à la rétention urique que provoque le saturnisme. Des maux de tête persistants et très violents ont été observés avec de graves accidents nerveux chez des sujets intoxiqués par le bromure de potassium, et là encore l'analyse chimique a révélé l'accumulation en quantité notable de ce sel dans l'encéphale.

Enfin, quand au lieu d'un élément toxique, il s'agit d'un élément infectieux, le mécanisme physiologique des céphalées qui se produisent alors, reste toujours le même. Dans la syphilis et dans l'impaludisme ce sont les microbes eux-mêmes ou les ptomaines qu'ils produisent qui altèrent la nutrition des éléments cellulaires. Dans l'impaludisme chronique, les céphalalgies sont probablement en rapport avec l'accumulation des grains de pigment dans le cerveau et avec les petites embolies qui en sont la conséquence. Dans les pyrexies, la fièvre typhoïde par exemple, sous l'influence d'un parasite, il y a désintégration des éléments anatomiques, mais les produits désintégrés, peu oxydés, peu solubles et par suite peu éliminables s'accumulent dans l'économie et peuvent devenir l'origine de violentes douleurs céphaliques (Chaumier).

Telle est la façon dont il faut à notre avis envisager la physiologie pathologique de la céphalalgie. Elle est le résultat d'une modification dans la constitution des humeurs due soit à une diathèse, soit à une intoxication, soit à une infection, et c'est la cellule nerveuse centrale, directement impressionnée, qui, en réagissant, détermine la douleur céphalique. Il n'y a rien d'absolu en médecine et certainement beaucoup de céphalalgies peuvent reconnaître une autre cause, mais en thèse générale la théorie développée ici peut s'appliquer à la majorité des cas. Il n'y a qu'à s'en louer car la thérapeutique de la céphalalgie peut trouver en elle des bases sérieuses ainsi que l'expérience en a déjà été faite.

Georges Lemoine (de Lille).

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Occlusion intestinale. — Cancer de l'utérus.
Par M. Muselier, médecin des hôpitaux.

L'observation qu'on va lire nous paraît emprunter son intérêt particulier à la succession des phénomènes cliniques recueillis chez la malade qui en fait l'objet. Bien que cette malade n'ait passé dans notre service qu'un temps très court, une journée au plus s'étant écoulée entre le moment de son admission et la mort, l'examen que nous avions pu faire nous avait autorisé à conclure à une relation étroite entre l'existence d'un épithélioma utérin constaté par le toucher, et l'apparition des accidents d'obstruction qui motivèrent l'admission d'urgence à l'hôpital. Entre ces deux faits, on devait voir plus qu'une coïncidence, on devait voir un véritable enchaînement, et cette notion éclairait à la fois sur la cause de l'étranglement et sur son siège probable. La science possède déjà, il est vrai, d'assez nombreux cas de ce genre et nous n'aurions point jugé celui-ci digne d'être rapporté s'il n'entraînait avec lui quelques enseignements au triple point de vue du pronostic du carcinome utérin, du diagnostic des causes de l'occlusion intestinale chez la femme et de l'intervention thérapeutique à choisir en pareille occurence. Bien que l'extrême rapidité de la marche des accidents chez notre malade ait rendu cette intervention illusoire, nous croyons cependant que l'on peut inférer du siège de l'obstacle à l'utilité, en pareil cas, d'une entérotomie locale et de la formation d'un anus contre nature. Une pareille opération pratiquée à temps eût vraisemblablement prolongé la vie de quelques jours, même avec la circonstance aggravante d'une péritonite d'ailleurs démontrée par l'autopsie et qui semble avoir joué un rôle important dans le mécanisme de la mort chez notre malade.

La nommée X..., âgée de 55 ans, concierge, entre le 18 décembre, se plaignant de douleurs abdominales très vives. Santé irréprochable dans le passé; à noter seulement une affection rhumatismale qui a forcé cette malade à garder le lit pendant un mois, il y a environ 15 ans.

Depuis deux ans, à la suite de la suppression définitive des règles, apparition de douleurs abdominales très vives qui rendaient la marche très difficile.

Il y a 15 jours environ, le ventre a commencé à grossir. En même temps les garde-robes ont cessé complètement. Difficulté d'uriner qui va aussi en augmentant. La malade paraît s'être médiocrement préoccupée de son état pendant les premiers jours.

Au moment de l'entrée, abdomen distendu d'une manière uniforme, sonorité exagérée. Douleurs vives, avec exacerbations, que la pression exagère mais seulement à la région médiane et inférieure du *bas-ventre*. Pouls petit. Température élevée. Facies abdominal bien caractérisé.

La constipation est absolue, quelques vomissements bilieux, mais sans odeur fécaloïde, se sont produits depuis la veille. Quantité des urines faible, miction difficile qui motive l'emploi du cathétérisme. Respiration gênée, haletante, plus fréquente qu'à l'état normal.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un col ramolli, fongueux, végétant. Le doigt ramène des parcelles de tissu putrilagineux et provoque en même temps une abondante hémorrhagie.

Cette dernière constatation nous conduit au diagnostic de carcinome utérin, avec propagation aux organes qui entourent l'utérus ou tout au moins compression de ceux-ci. C'est par une compression de ce genre s'exerçant sur le gros intestin que nous expliquons l'arrêt des matières, le tympanisme, les vomissements qui en sont la conséquence. La régularité et l'uniformité du ballonnement abdominal, l'absence d'anses intestinales partiellement visibles sont du reste des phénomènes parfaitement en rapport avec le siège de l'occlusion, située au niveau du dernier segment du tube digestif et permettant par conséquent la dilatation par les gaz de toute la partie située en amont.

L'indication la plus urgente qui nous paraît ressortir de ces diverses constatations, doit consister à rétablir la perméabilité du conduit intestinal et c'est dans ce but que nous prescrivons à titre d'essai un purgatif drastique qui devra être pris sur l'heure. En même temps on administrera des lavements d'eau de Seltz avec une sonde introduite aussi profondément que possible dans le rectum. Cette dernière opération est faite par M. Debayle, interne du service. Elle n'a d'autre resultat que de faire rendre quelques matières verdâtres. La malade meurt la nuit suivante.

La question d'une intervention chirurgicale est également agitée, sans être résolue, en raison de l'incertitude qui subsiste sur le siège véritable de l'étranglement et aussi à cause de la gravité de l'état général qui a certainement empiré depuis deux jours et rend par conséquent très aléatoire le résultat d'une opération.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin se montre uniformément distendu par des gaz. Le péritoine est injecté : son feuillet viscéral est tapissé par un exsudat qui s'étale sur toutes les anses intestinales et les maintient agglutinées. Il existe donc des lésions de péritonite aiguë récente. C'est par elles que l'on peut expliquer la présence, au niveau du foie, d'une adhérence établie entre la face inférieure de cet organe et l'angle formé par le côlon ascendant et le côlon transverse.

Les anses intestinales enlevées, on aperçoit au niveau du petit bassin une masse grosse comme une tête de fœtus qui remplit cette excavation et dépasse même le détroit supérieur de deux ou trois centimètres. Cette masse est formée par l'S iliaque, la partie inférieure du mésentère et le corps de l'utérus.

L'S iliaque, normal dans sa première portion, se dirige de gauche à droite en effleurant la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus, puis s'infléchit pour se continuer avec le rectum. Dans sa partie moyenne, au-dessus du corps de l'utérus, la paroi intestinale adhérente au corps de cet organe est le siège d'une ulcération développée au niveau d'un noyau cancéreux. En ce point l'intestin est rétréci et laisse à peine passer l'index. En arrière on trouve une dilatation et deux diverticules. La masse néoplasique se continue sans ligne de démarcation avec la paroi utérine qui présente la même altération; à ce niveau il est impossible de séparer l'intestin de l'utérus et du mésentère sans le déchirer.

L'utérus, gros comme le poing, présente sur une coupe antéropostérieure une cavité très agrandie, partiellement remplie d'un contenu d'aspect caséeux et présentant à sa partie supérieure latérale gauche, au niveau de l'orifice de la trompe, une ouverture anfractueuse qui semble communiquer avec la masse intestinale. Cet orifice a été produit par la caséification et le ramollissement de l'épithélioma utérin. Le col est détruit par la même dégénération épithéliomateuse et laisse suinter un liquide ichoreux.

L'estomac est rempli de matières fécales, ainsi que plusieurs anses intestinales. Le cœcum très volumineux et distendu ne renferme que des gaz.

Le cœur est rempli de caillots; sa paroi présente les traces d'une légère hypertrophie. Le péricarde pariétal adhère partout au péricarde viscéral. Les orifices sont sains.

Les poumons sont emphysémateux et offrent un peu de congestion à la base.

Le foie est de volume normal et présente seulement à la coupe un aspect légèrement graisseux.

REVUE DES JOURNAUX

Bactériologie.

I. — Etudes sur les décompositions du lait. — Le lait rouge, par G. Grotenfelt (*Fortschritte der Medicin* 1889, N° 2, p. 41).

II. — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pneumonie par le professeur Pio Foa, de Turin, *Deutsche medicin, Wochenschrift* 1889. N° 2, p. 21.

III. — Un nouveau bacille du pus en voie de putréfaction, par le Dr Schenk. — Communication a la Société des médecins de Vienne, 25 janvier 1889, *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1889. N° 10, p. 119.

IV. — Action de l'acide carbonique sur la vitalité des micro-organismes, par C. Fraenkel. *Zeitschrift für Hygiene*, 1888, T. V. p. 332.

Dans l'industrie laitière on a quelquefois l'occasion d'observer que le lait, sorti du pis de la vache avec sa couleur normale, prend dans la suite une teinte rouge, purpurine. Plusieurs naturalistes ont attribué cette teinte rouge à la présence dans le lait, du *micrococcus prodigiosus*. Or ce dernier, quand il est en suspension dans le lait, forme simplement de petites taches rouges à la surface de la couche crémeuse; la couleur du sérum n'est pas modifiée. De plus, la présence du micrococcus prodigiosus détermine une coagulation en masse, avec réaction acide très prononcée. Au contraire dans les circonstances visées par les recherches de M. Grotenfelt, la teinte rouge se répand à travers tout le sérum; la coagulation ne se fait que par places, accompagnée d'une réaction alcaline bien franche.

Il y avait donc lieu d'attribuer ce second mode d'altération du lait à un micro-organisme autre que le micrococcus prodigiosus. M. Hueppe a porté son attention sur ce point de bactériologie. Il a réussi à isoler d'un lait rouge réalisant les conditions énoncées ci-dessus un micro-organisme qu'il a obtenu à l'état de culture pure et qui possède la propriété de colorer en rouge le sérum lacté quand on le met en suspension dans ce liquide. Il a donné à ce micro-organisme le nom de *bacterium lactis erythrogenes*, bactérie du lait rouge.

M. Grotenfelt a étudié, sous la direction de M. Hueppe, les caractères bactériologiques de ce micro-organisme; voici en substance les résultats qu'il annonce :

Le *bacterium lactis erythrogenes* se présente sous la forme de bâtonnets courts; longueur moyenne 1 à 1,4 μ; épaisseur moyenne 0,3 à 0,5 μ. Les bâtonnets sont arrondis à leurs bouts. Cultivés dans le lait, ils présentent des dimensions uniformes; dans un bouillon de culture, on découvre au milieu deux des bâtonnets courts, d'autres très allongés, atteignant jusqu'à 3 et 4 μ et qui sont donés de mouvements oscillatoires bien apparents. Dans la chambre humide ces bacilles sont privés de mouvements.

Ensemencé dans des plaques de gélatine, le *bacterium lactis erythrogenes* forme de petites colonies arrondies, d'abord grisâtres, puis d'une teinte tirant sur le jaune. Peu à peu la gélatine de culture se liquéfie au voisinage de ces colonies, il se forme une dépression en forme de godet au fond de laquelle gisent les amas de zooglée. Tout autour de celle-ci apparaît une teinte rose, qui s'étend progressivement. Une fois la gélatine liquéfiée en totalité, les colonies se désagrègent en flocons jaunâtres, irréguliers.

Inoculé dans de la gélatine, ce bacille forme de petits dépôts légèrement proéminents, d'abord blanchâtres, puis tirant sur le jaune. A partir du troisième jour la teinte jaune se prononce de plus en plus, les colonies prennent un aspect brillant, comme humide; elles s'enfoncent dans la gélatine qui commence à se fluidifier. Déjà vingt-quatre heures après l'ensemencement, le milieu de culture présente une teinte rosée. Vers le dixième jour, la culture présente un aspect tout à fait caractéristique, très agréable à l'œil. La couche supérieure est formée par un liquide non visqueux, légèrement trouble, d'une belle teinte rose foncé, et qui renferme des bactéries. Rarement cette couche superficielle de gélatine liquéfiée est tapissée par une cuticule. Elle est séparée par une ligne de démarcation très nette, de la couche de gélatine non liquéfiée, dont la partie superficielle est également colorée en rose. Entre les deux se trouve une couche intermédiaire formée par des bactéries, des cuticules et des bacilles privés de vie.

Dans des cultures plus vieilles, les colonies ont gagné le fond du tube; la gélatine liquéfiée en totalité est partout colorée en rouge. Cette coloration rouge est beaucoup plus intense quand les cultures séjournent dans l'obscurité complète, elle fait défaut quand les cultures sont exposées à un éclairage continu.

Les ensemencements faits dans de l'agar donnent des résultats moins nets. Les cultures sur des tranches de pomme de terre offrent par contre un aspect tout à fait caractéristique. Dans le lait stérilisé, le *bacterium lactis erythrogenes* détermine d'abord la précipitation d'une petite quantité de caséine. Peu à peu apparaît sous la couche crémeuse une zone transparente de sérum, colorée d'abord en rouge sale, puis en rouge brun. A mesure que cette zone gagne en épaisseur, sa teinte passe au rouge sang. Les choses se présentent alors sous l'aspect suivant : Une couche supérieure de crême, d'un blanc jaunâtre, une couche moyenne de sérum, d'un rouge vif, et une couche inférieure, formée par un dépôt blanchâtre de caséine. La réaction neutre ou alcaline du liquide favorise la production de la matière colorante rouge. La température la plus favorable à la mise en liberté de cette matière se trouve entre 28° et 35°.

L'examen spectroscopique de la matière rouge a fait consta-

ter deux raies très nettes dans la bande jaune et dans la bande verte, et une antre dans la partie foncée de la bande bleue. Avec des solutions concentrées de ce pigment, on observait en outré une légère raie dans le rouge.

M. Grotenfelt ajoute que le *bacterium lactis erythrogenes* ensemencé dans du lait, dans de la gélatine on dans du bouillon, communique à ces milieux de culture un goût sucré nauséeux qui, dans les cultures de vieille date, est tout à fait répugnant; que le bacille s'imprègne des couleurs d'aniline communément usitées en bacteriosçopie; enfin qu'il paraît être dépourvu de toute activité pathogène.

En somme les résultats obtenus par M. Grotenfelt concordent sur presque tous les points avec ceux que vient de faire connaître M. Baginski (voir *Journal des Sociétés scientifiques*, n° 6, p. 55, 1889).

— Dans une note additionnelle, l'auteur fait savoir que M. Scholl, attaché au laboratoire de Wiesbaden, a isolé un autre micro-organisme, doué de la propriété de produire de la matière colorante rouge; que ce micro-organisme, ensemencé dans de la gélatine, offre une grande ressemblance avec le bacille du charbon et qu'il a été baptisé du nom de *bacterium mycoïdes roseum*. Cultivé dans de la gélatine, ce bacille forme des colonies rouges qui liquéfient la gélatine tout à l'entour. Seules les zooglées se colorent en rouge et seulement dans l'obscurité. La matière colorante rouge se dissout dans l'eau et se laisse extraire à l'aide du benzol.

II. — M. Pio Foâ a fait de nouvelles recherches pour élucider la question de savoir quel est au juste le microbe pathogène de la pneumonie fibrineuse franche. Ces recherches ont porte exclusivement sur des cas de pneumonie exempts de complications (de complications méningitiques notamment). Voici les résultats annoncés par l'auteur :

Il existe des cas de pneumonie fibrineuse, engendrés par un microcoque capsulé et lancéolé qui se distingue du méningococcus de Friedlander par certains caractères morphologiques et biologiques et par son action pathogène. Ce microcoque présente, dans certaines circonstances, une forme bacillaire très nette, avec une extrémité pointue; ce bacille est souvent surplombé par un petit coccus ovulaire, les deux étant inclus dans une capsule commune. La capsule de ce microcoque n'a pu être colorée que sur des préparations examinées dans l'eau, et on peut distinguer de la sorte les microcoques de M. Foâ, du pneumobacille de Friedlander, avec lequel il a une très grande ressemblance morphologique.

Ce coccus lancéolé se développe très rapidement et avec intensité dans le bouillon de viande et à la surface de l'agar, moins bien dans le sérum. A la surface de l'agar il végète sous forme de petits coccus, articulés le plus souvent en chaînettes; mais dans le contenu liquide du tube on découvre des cocci lanceolati. Le réensemencement d'un tube d'agar dans l'autre, ne réussit que jusqu'au sixième ou septième jour, tandis que, avec le méningococcus, ces transplantations peuvent se poursuivre indéfiniment. D'autre part, le coccus lancéolé de Foâ ne se développe pas à la surface des tranches de pommes de terre, ni dans la gélatine, même à la température de 24°, contrairement à ce qui a lieu pour le méningococcus.

Les inoculations de ce coccus lancéolé sont toujours pathogènes chez les souris, elles le sont souvent chez les cobayes et presque toujours chez les lapins. Chez ces derniers, les lésions développées sont différentes de celles qu'on observe à la suite des inoculations du méningococcus.

L'auteur semble incliner à croire que son coccus lancéolatus intervient surtout dans le développement de la pneumonie franche à marche bénigne, et le méningococcus de Friedlander dans les formes graves de la maladie.

III. — M. Schenk annonce la découverte d'un nouveau micro-organisme qu'il a isolé du pus en voie d'altération. Ce micro-organisme, un bacille, a entre autres caractères celui de végéter dans la gélatine sans liquéfier le milieu de culture; ses colonies forment, autour du trajet d'inoculation, une sorte de sac de couleur brune, qui va en s'accroissant de bas en haut. La coloration brune apparaît au bout de huit à douze jours.

IV. — M. Fraenkel a étudié l'influence qu'exerce l'acide carbonique sur le développement et la vitalité d'un certain nombre d'espèces microbiennes et de ferments. Il a constaté que certaines espèces végètent tout aussi bien dans une atmosphère d'acide carbonique pur que dans l'air; ainsi les bactéries de la fièvre typhoïde, les bactéries toxiques d'Emmerich et de Brieger, le pneumococcus de Friedlander, la bactérie qui opère la fermentation lactique, ainsi que le ferment de la levure. D'autres bactéries se développent avec plus de lenteur, du fait du séjour dans une atmosphère d'acide carbonique : telles les variétés *prodigiosus*, *indicus*, le *bacterium phosphorescens*, le *proteus vulgaris*.

D'autres encore ne végètent dans une atmosphère d'acide carbonique qu'autant que la température ambiante s'élève; ainsi la bactérie du choléra des poules, la bactérie du rouget des porcs, le *micrococcus tetragenus*, le *streptococcus pyogenes* le *streptococcus* de l'érysipèle, les *staphylococcus aureus* et *albus*.

Beaucoup d'espèces saprophytiques cessent de se développer dans une atmosphère d'acide carbonique, mais sans que pour cela leur vitalité soit anéantie d'une façon définitive; leur développement se poursuit de plus belle, sitôt qu'on les soustrait au contact de l'acide carbonique pur.

Enfin un dernier groupe comprend des micro-organismes, tels que la *bactérie charbonneuse*, le *bacille du choléra*, sur lesquels l'acide carbonique pur exerce une action délétère durable.

En somme, les résultats obtenus par Fraenkel démontrent que l'acide carbonique ne saurait être utilisé comme agent de conservation, car certains micro-organismes de la putréfaction végètent parfaitement bien dans une atmosphère constituée par ce gaz, et dans ces conditions de milieu, la putréfaction est d'une façon générale, simplement ralentie. L'acide carbonique du sol, qui d'après Fodor entre pour les 11/100 dans la constitution de l'air des couches terrestres, n'est donc pas à considérer comme la cause qui empêche les germes organisés de se développer à une certaine profondeur du sol. En effet, M. Fraenkel a constaté que les micro-organismes les plus sensibles à l'action délétère de l'acide carbonique pur, la bactérie charbonneuse et le bacille du choléra, continuent de se développer dans un mélange de 75 0/0 d'acide carbonique et de 25 0/0 d'air ordinaire.

L'acide carbonique entrave la production du pigment chez un certain nombre d'espèces de bacteries à sécrétion pigmentaire.

D'autre part, les bactéries anaérobies, telles que celles de l'œdème malin, ont été entravées dans leur développement au contact de l'acide carbonique, preuve que ce gaz n'agit pas simplement en supplantant en quelque sorte l'oxygène.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Quand et comment doit-on prescrire la digitale. Par M. H. Huchard.

Depuis plusieurs années M. Huchard poursuit, avec une persévérance digne d'éloges, ses recherches sur la pathologie du cœur et de l'appareil circulatoire. C'est ce vaste sujet qui a

inspiré la plupart des communications et des mémoires publiés par lui jusqu'à ce jour et parmi lesquels nous citerons particulièrement les recherches relatives à l'angine de poitrine, à ses causes, à sa curabilité. Il était naturel que l'étude de la digitale vint compléter et en quelque sorte couronner une série de travaux auxquels elle se rattache d'une manière étroite. M. Huchard nous offre aujourd'hui cette étude, conçue d'ailleurs toute entière dans le sens clinique, comme l'indique le titre significatif sous lequel il a cru devoir la publier.

En dépit des efforts tentés dans ces derniers temps pour lui susciter des rivaux et lui substituer des équivalents, la digitale, ce médicament noble, n'a encore rien perdu de sa vieille renommée. C'est toujours elle qui, maniée par des mains habiles, rend journellement le plus de services, c'est elle qui peut revendiquer le plus grand nombre des succès thérapeutiques remportés dans le traitement des maladies du cœur. M. Huchard était donc parfaitement justifié d'entreprendre, après tant d'autres, une étude pleine d'intérêt et en même temps très utile aux jeunes médecins auxquels manque l'expérience, cette science toute personnelle faite des nuances délicates de l'observation quotidienne, et que le temps seul peut donner. Aussi a-t-il visé surtout à déterminer le plus exactement possible les indications qui motivent l'emploi de la digitale, les contre-indications qui commandent de l'écarter. C'est là l'objet principal des premiers chapitres où tout ce qui concerne les différentes phases des affections cardiaques et l'interprétation correspondante des effets de la digitale est l'objet d'une analyse approfondie et d'une critique serrée. Sur ce terrain, il y avait peu d'idées neuves à émettre, car tout semble avoir été dit sur le rôle de la compensation dans les lésions valvulaires, sur celui de l'affaiblissement progressif du myocarde, sur l'hyposystolie, l'asystolie. Mais il y avait à insister pourtant sur cette donnée générale qui fait dépendre l'enchainement des symptômes de l'état du moteur central, notion indispensable à considérer pour la détermination du moment opportun de l'emploi de la digitale. De même il était nécessaire de montrer une fois de plus l'inutilité habituelle du médicament dans les lésions aortiques et dans quelques affections comme la maladie de Graves, ce syndrome remarquable dont la complexité s'accroit chaque jour par l'adjonction de phénomènes nouveaux. Ces divers points, M. Huchard s'est efforcé de les mettre en relief avec soin. Tout au plus pourrait-on lui reprocher d'avoir accentué avec excès les catégories, la clinique ne se prêtant guère à des divisions qui offrent toujours quelque chose d'artificiel. Il est certain, par exemple, que dans la pratique, il n'est pas toujours facile de discerner le moment où le cœur passe de l'état de compensation parfaite à celui d'hyposystolie, ni de distinguer celle-ci de l'asystolie proprement dite. C'est là affaire d'appréciation clinique et il est presque impossible d'envisager et de préciser à l'avance toutes les éventualités qui peuvent se présenter.

Après un chapitre consacré à la recherche des indications de la digitale dans les maladies autres que les lésions valvulaires, dans les fièvres, dans les affections rénales, etc., c'est-à-dire dans des maladies où le cœur n'est intéressé que secondairement et où cependant sa participation peut s'affirmer par des symptômes graves, M. Huchard a consacré quelques pages à la posologie du médicament, c'est-à-dire à la détermination des formes sous lesquelles il lui paraît préférable de le prescrire. Le principe de l'*accumulation des doses*, si remarquable quand il s'agit de la digitale, doit être ici le guide du médecin. M. Huchard recommande l'emploi de la plante, de préférence à son alcaloïde dont la composition est variable selon sa provenance et dont l'action est également peu constante. Il rappelle à ce propos une remarque fort juste de Fonssagrives qui comparait certaines substances végétales médicamenteuses à une *thériaque* dans laquelle les actions respectives des principes constituants ne sauraient être dissociés. Quant au choix de la préparation elle-même, il recommande l'infusion et la macération comme le mode de préparation le plus sûr. En ceci son opinion se trouve conforme à celle de la grande majorité des cliniciens de notre époque.

Le mémoire de M. Huchard aura donc contribué dans une large mesure à maintenir la réputation thérapeutique de la digitale au rang élevé auquel elle a droit.

P. MUSELIER.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR CHARCOT, PAR MM. P. RICHER, Gilles DE LA TOURETTE ET Albert LONDE. — Tome I. Paris 1888, Lecrosnier et Barbé, éditeurs.

En fondant la « *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* », qui fait suite à la publication du même genre, entreprise jadis par MM. Bourneville et Regnard et interrompue depuis plusieurs années, les auteurs se sont proposé, suivant leurs propres expressions, « de mettre à profit les nombreux documents figurés qui, journellement, s'accumulent dans les albums de la Salpêtrière. »

L'hospice de la Salpêtrière est devenu le centre scientifique le plus important pour l'étude des maladies du système nerveux, grâce surtout à l'enseignement qu'y a organisé le professeur Charcot. Indépendamment de la part prépondérante qu'il a prise à l'avancement de nos connaissances en pathologie nerveuse, ce maître a eu le mérite de vulgariser les notions acquises dans ce domaine de la médecine, qui depuis des années est en transformation incessante et attire de préférence les efforts des chercheurs. On connaît le succès de ces « leçons de choses » organisées par M. Charcot : une maladie, un trouble pathologique, un symptôme curieux n'est jamais décrit dans ces leçons, sans que les auditeurs aient sous les yeux des malades qui réalisent la chose décrite; procédé incomparable pour graver à tout jamais dans l'esprit des assistants ces notions vues. Les auteurs de la « Nouvelle Iconographie » ont réussi à fixer d'une façon durable la partie objective de ce mode d'enseignement, et à faire bénéficier ceux qui ne sont pas à même de suivre l'enseignement du maître. Ils ont voulu de plus que rien ne se perdît des faits intéressants qu'on observe en si grand nombre dans le service de M. Charcot, surtout de ces cas difficiles à classer à l'heure actuelle et dont la description écrite est singulièrement éclairée par la représentation objective.

Le lecteur mis à même de faire des rapprochements entre ces cas et les données de son observation personnelle est appelé ainsi à concourir à la constitution des groupes pathologiques en vue de formation.

Le premier volume de la « Nouvelle revue iconographique » est à la hauteur de la tâche que les auteurs se sont assignée. Il suffira d'énumérer les principaux documents contenus dans ce volume, documents complétés par 50 planches et 89 dessins, pour donner une idée approchée de la valeur de ce recueil : *L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. — Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique. — Un type de paralysie agitante. — Sur un lépreux d'Albert Dürer. — Cinq malades de Friedreich. — Sur les troubles nerveux consécutifs aux fractures de la tête du péroné. — Imbécillité par absence de corps calleux. — Lentigo unilatéral chez un épileptique. — Modifications du pouls dans le paroxysme épileptique. — Des arthropathies tabétiques du pied. — Bâillements chez les épileptiques. — Le paralytique de Raphaël. — L'acromégalie. — Les aveugles dans l'art. — Habitude extérieure et faciès dans la paralysie agitante. — Des suites éloignées des traumatismes. — Les syphilitiques dans l'art.*

La partie iconographique a été exécutée avec un soin qui donne au nouveau recueil une valeur artistique réelle.

E. R.

BULLETIN

Thérapeutique expérimentale du choléra. — Dangers des poêles mobiles. — Traitement et prophylaxie de la diphthérie. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Les doctrines relatives à la nature microbienne des maladies infectieuses ont naturellement pour conséquences pratiques, d'abord de prévenir l'invasion de l'organisme par les microbes, prophylaxie dont la chirurgie et l'obstétrique ont si largement bénéficié ; ensuite de poursuivre le microbe qui a pénétré dans l'économie, de le détruire, si possible, d'empêcher son développement, sa pullulation, de neutraliser les effets toxiques des produits solubles qu'il engendre.

La méthode des recherches expérimentales propres à élucider, sinon encore à résoudre ces différents problèmes, semble aussi toute tracée. Le microbe pouvant être isolé, il y a d'abord à l'étudier lui-même et à déterminer sa morphologie, son évolution, les produits qu'il sécrète, les milieux qui favorisent ou contrarient son développement, les conditions qui augmentent ou diminuent sa virulence, les substances qui contribuent à activer ou à neutraliser ses effets. Pour cette première phase de recherches, on expérimente, comme le chimiste, *in vitro*.

Vient ensuite la seconde phase, l'expérimentation sur les animaux. On étudie les conditions de réceptivité ou d'immunité relatives à l'action du microbe, celles de l'atténuation de sa virulence tenant à l'animal lui-même, celles de cette même atténuation tenant aux modifications subies par le microbe ou à l'action directe qu'on peut exercer sur lui ou sur ses sécrétions dans l'organisme vivant.

Enfin la troisième phase de recherches a l'homme lui-même, le malade pour terrain. Ici on ne saurait mettre trop de prudence à expérimenter ni trop de réserve à conclure.

La thérapeutique du choléra vient de traverser, avec quelque apparence de succès, les deux premières phases dont nous venons de parler ; comme l'a dit sagement M. Cornil, il faut attendre les résultats de la troisième avant de se prononcer définitivement et de se réjouir.

Il semble dès à présent démontré, par des expériences *in vitro*, que le bacille cholérique, qui trouve dans une pâte pancréatique un milieu favorable à sa culture, cesse de se développer dès qu'on fait intervenir le salol.

L'expérimentation animale tend aussi à montrer que le salol combat efficacement le développement du même bacille dans l'intestin d'un animal auquel on a fait ingérer une quantité donnée de culture de ce bacille.

Les résultats de cette double expérimentation conduisent naturellement à essayer le salol contre le choléra chez l'homme, d'autant mieux qu'il s'agit d'un médicament inoffensif; mais cet essai seul permettra de juger en dernier lieu la question.

— M. Lancereaux a eu raison de saisir l'Académie d'un point d'hygiène domestique auquel l'extension des poêles mobiles donne un intérêt de premier ordre. Certes, on sait déjà dans le public que ce mode de chauffage ne laisse pas de présenter parfois de sérieux inconvénients; mais on n'a pas une idée exacte des dangers qu'on peut courir et faire courir inconsciemment à ses voisins. Quand on a assuré un certain degré de ventilation dans la pièce où se trouve le poêle mobile, on croit pouvoir être tranquille ; c'est une erreur, puisque, ainsi que l'a rappelé M. Brouardel, on peut succomber en plein air à l'intoxication de l'oxyde de carbone qu'on respire à travers une fissure de la paroi au-dessous de laquelle il se forme. Cette toxicité à faible dose de l'oxyde de carbone doit être signalée à l'attention publique ; elle rendra plus prudent dans l'emploi des divers modes de chauffage, calorifères, poêles mobiles, chaufferettes et autres, qu'on emploie dans les lieux publics, dans les maisons, dans les voitures, etc. Il importe d'autant plus de donner à ces notions la plus grande publicité possible que, dans la pratique, les mesures proposées par M. Lancereaux semblent d'une application assez difficile.

— A propos d'un récent article sur la diphthérie, publié dans ce journal, nous avons reçu de M. le Dr A. d'Espine (de Genève) une lettre accompagnant le compte rendu de deux communications que notre honorable confrère a faites à la Société médicale de Genève. Dans l'une, il contrôle et confirme les recherches de Löffler sur le bacille diphthéritique. Dans l'autre, il conclut des recherches précédentes que « la diphthérie est au début une infection locale, comme le choléra, et que la fausse membrane n'est pas, ainsi qu'on l'admet encore, le premier symptôme d'une affection générale d'emblée. Les symptômes généraux sont le résultat d'une intoxication de l'organisme qui a pour point de départ la muqueuse diphthérisée, non d'une infection microbienne du sang. » De là, tout naturellement, l'importance du traitement local, qui doit précéder et accompagner le traitement général, celui-ci consistant uniquement à soutenir les forces du malade. M. d'Espine, avec Wagner, Fontheim, Hanow, Weise, etc., préconise avant tout l'acide salicylique. Il prescrit, en recommandant d'y recourir le plus près possible du début de la maladie, des irrigations salicylées (solution à 1 1/2 ou 2 pour 1,000 d'acide salicylique) pratiquées largement et répétées toutes les heures ou toutes les deux heures. On y joint, quand les fausses membranes sont déjà étendues et épaisses, des badigeonnages avec du jus de citron, un glycérolé de chloral, etc. L'acide salicylique est, suivant lui, le meilleur parasiticide du bacille diphthéritique.

On trouve la contre-partie des idées localisatrices de M. d'Espine, dans un travail très intéressant de M. Renou (de Saumur), qui considère la diphthérie comme étant, dès le début, une infection générale d'emblée. Avec cette manière de voir, le traitement général doit primer le traitement local. M. Renou cherche d'ailleurs à réunir les deux en soumettant le malade, dans un milieu humide et chaud (de 20 à 22°), à des vaporisations phéniquées qui agissent d'abord sur les points envahis par les fausses membranes, puis sur l'infection générale par l'absorption pulmonaire.

Pendant que l'on discute ainsi sur le caractère primitif ou secondaire de l'infection diphthéritique, il est plus sage, dans la pratique, de faire de l'éclectisme, et d'instituer concurremment le traitement antiseptique local et le traitement antiseptique général par les inhalations pulmonaires.

Mais ce qui ne doit pas moins préoccuper les médecins, en particulier ceux qui se consacrent plus spécialement aux maladies de l'enfance, c'est l'institution de mesures prophylactiques de la diphthérie. Nous avons vu, dans un précédent *Bulletin*, les bons résultats obtenus à l'hôpital des Enfants-Assistés par l'isolement des petits malades dans des pavillons et la désinfection à l'étuve de tous les objets contaminés. M. Grancher, frappé des difficultés et des résultats illusoires de l'isolement dans les hôpitaux, s'est attaché surtout à assurer la désinfection et l'antisepsie préventive, et a organisé à cet effet, dans son service de Clinique des Enfants-Malades, un système de mesures et d'aménagement que nous ferons prochainement connaître.

—Le Conseil supérieur de l'Assistance publique vient de tenir sa session semestrielle de janvier. Les questions qu'il a eu à

examiner portaient : 1° sur l'extension des attributions des Inspecteurs des Enfants-Assistés; 2° sur la réorganisation de l'appréciation et des ventes au Mont-de-Piété; 3° sur les dépôts de mendicité; 4° sur l'assistance médicale dans les campagnes. Nous attendrons la publication très prochaine des rapports relatifs à ces questions, des discussions qui ont suivi et des vœux exprimés, pour examiner l'organisation du Conseil supérieur de l'Assistance publique, ses attributions, les réformes qu'il a inspirées ou auxquelles il s'est associé, les services qu'il est appelé à rendre. Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

— SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La Société centrale a tenu sa réunion annuelle dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue. La situation de la Société est des plus prospères. Elle a perdu, dans le courant de l'année dernière, 19 membres et en a recruté 36 nouveaux; elle compte actuellement 826 sociétaires. Elle possède un fonds disponible de 61.142 fr. 43; les cotisations perpétuelles sont représentées par une inscription de 1.844 fr. de rente française. Elle a distribué 6.850 fr. de secours à 53 personnes, dont la plupart étaient étrangères à l'Association; elle a versé une somme de 2.000 fr. à la caisse des pensions de retraites; elle a fait allouer une pension de 600 fr. à deux sociétaires âgés et infirmes, et en réclamera deux autres à la prochaine Assemblée générale. Elle a pu ainsi soulager de nombreuses misères et remplir le but auquel elle est destinée.

M. Bucquoy a été élu vice-président en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, démissionnaire. Ont été élus membres de la Commission administrative : MM. Jules Besnier, Bonin, Bourot, Diday, Raymond Durand-Fardel, Hervé de Lavaur, Gustave Lefèvre, Moreau (de Tours), Ozenne, P. Reynier, Turner et Wœlker.

— L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — Nous recevons du *Comité de l'Union des médecins libres des stations thermales*, la lettre et la note suivantes :

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette médicale*,

A cette époque de l'année, les médecins des stations thermales sont dispersés. C'est pourquoi nous prenons la liberté de recourir à votre obligeant intermédiaire et à la publicité de votre journal pour porter à leur connaissance la communication ci-dessous.

En l'insérant, vous obligerez les 250 confrères que nous représentons actuellement, c'est-à-dire presque tout le corps médical des villes d'eaux.

Agréez, etc.

LE COMITÉ.

Paris, 8 février 1889.

Chers Confrères,

Dès que nous avons appris le rattachement au Ministère de l'Intérieur des services d'hygiène, dont dépendent les eaux minérales, nous avons demandé une audience à M. le Ministre de l'Intérieur, pour l'entretenir de l'inspectorat.

M. le Ministre a bien voulu nous rappeler qu'il se souvenait de ce qui lui avait été dit sur ce sujet à Royat, il y a trois ans, par une délégation de toutes les stations thermales du centre. Il nous a mis, séance tenante, en rapport avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France.

Nous avons exposé à M. Monod que nous avions reçu de la presque unanimité des médecins exerçant dans les stations thermales la mission de faire supprimer le privilège inique et inutile de l'inspectorat, et que rien ne nous avait découragés ni ne nous découragerait dans l'accomplissement de cette tâche.

Avec la franchise, l'esprit de décision et d'initiative que lui reconnaissent tous ceux qui l'approchent, M. Monod nous a dit expressément :

« Que l'existence de l'inspectorat ne se justifiait guère à ses yeux que par la nécessité, pour l'administration, d'assurer le service des indigents envoyés par elle dans les stations thermales;

« Que, du reste, il admettait difficilement que ce service fût fait par les inspecteurs sans que ces inspecteurs fussent rémunérés par l'administration;

« Que la gratuité de tels services lui paraissait dangereuse *et même immorale*;

« Que partout où, soit par les conseils municipaux, soit par les médecins, les soins aux indigents malades seraient assurés dans des conditions acceptables, l'inspectorat pourrait sans inconvénient disparaître, mais que le service des indigents devrait être organisé de manière à ce qu'ils fussent non seulement régulièrement et convenablement soignés, mais encore renseignés dès leur arrivée sur les noms et les adresses du médecin chargé plus spécialement du service et des autres médecins entre lesquels il resteraient libres de choisir.»

Nous avons répondu à M. le Directeur de l'Assistance publique que le service des indigents — *palladium* de l'inspectorat — était chose beaucoup plus simple que les intéressés ne le disaient; que jamais les médecins libres n'avaient refusé de soigner les indigents; que cela avait été reconnu formellement par le gouvernement dans l'exposé des motifs de la loi qui a supprimé tout traitement aux inspecteurs, et que cette objection, invoquée contre nous depuis si longtemps, n'était que le manteau d'un abus.

A l'œuvre donc, chers confrères, dans le sens des préoccupations si naturelles et si honorables de M. le Directeur de l'Assistance publique.

Les mesures qu'il conviendra de prendre varieront plus ou moins suivant les stations. Nous ne saurions entrer ici dans le détail sans abuser de l'hospitalité que la presse médicale veut bien nous donner pour arriver à vous, mais le Comité qui a vos pouvoirs est à votre entière disposition. Et en attendant que l'ouverture de la saison thermale prochaine permette les réunions et les décisions collectives, nous pouvons, dès à présent, pour beaucoup de stations, faire un tout des engagements individuels qui nous parviendront. La chose dépend de vous.

Pour tous renseignements et envois de pièces vous n'avez qu'à vous adresser au secrétaire du Comité (M. le Dr Janicot, 27, rue de Berne, Paris).

LE COMITÉ.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — MM. Gayet et Poncet sont désignés par la Faculté de médecine de Bordeaux, et MM. Bertin et Lannegrace, par la Faculté de médecine de Montpellier, comme délégués au Conseil général des Facultés.

— La Faculté de médecine de Montpellier prépare la célébration de son centenaire. Le cons eil municipal de la ville a déjà voté une somme de 10 000 francs.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté en date du 29 janvier 1889, est déclarée vacante, la chaire de chimie organique de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Le directeur de l'Ecole est autorisé à accepter la donation d'une somme

de 12,000 fr., dont les intérêts seront employés à la fondation de trois prix annuels.

Association médicale mutuelle. — L'assemblée générale de l'Association fondée par notre excellent confrère Gallet Lagoguey, aura lieu le dimanche 10 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à trois heures très précises.

Ordre du jour : 1. Vote sur l'admission définitive des confrères provisoirement admis, et proposés à l'unanimité par le Conseil. — 2. Allocution du président. — 3. Rapport du secrétaire général. — 4. Rapport du trésorier. Approbation des comptes. — 5. Election du bureau.

(Messieurs les membres honoraires sont éligibles à toutes les fonctions.)

N. B. — Ainsi qu'il a été décidé à la dernière Assemblée générale, le trésorier sera, de deux heures et demie à trois heures, à la disposition des associés qui voudront faire des versements anticipés.

Erratum. — Dans la lettre de M. Bouloumié publiée dans le précédent numéro. p. 55, colonne 1, paragraphe 5, au lieu de « quand elles sont d'ordre *diurétique*, lisez : d'ordre *diathésique*.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Œuvres complètes de J.-M. Charcot. — T. V. Maladies des poumons et du système vasculaire. Paris, aux bureaux du Congrès médical et chez Lecrosnier et Bahé, libraires éditeurs, 1888.

Du rhumatisme et des dermatoses rhumatismales, par le Dr Eug. Olavide, professeur titulaire à l'hôpital de Saint-Jean de Dieu, à Madrid. Traduction de Dr Ch. Lavielle médecin de l'établissement thermal des Baignots (Dax). Introduction du Dr E. Lancereaux, médecin de l'hôpital de la Pitié. — Libr. O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 JANVIER AU SAMEDI 2 FÉVRIER 1889.

Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 3. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 64. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses, 50. — Autres, 3. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 58. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë, 29. — Bronchite chronique, 52. — Broncho-pneumonie, 63. — Pneumonie, 62. — Gastro-entérite des enfants (sein), 16. — Biberon, 35. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 1. — Fièvre et péritonites puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 29. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 16, — Autres causes de mort, 196. — Causes inconnues, 14. — Total : 1111.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.)

REVUE GENERALE

LA MALADIE DE WEIL.

En 1886, M. A. Weil, professeur à Heidelberg, a publié quatre observations qu'il considérait comme des exemples « d'une affection infectieuse aiguë spéciale, donnant lieu à une tuméfaction de la rate, à de l'ictère et à une néphrite ». Deux de ces observations dataient de l'année 1870, elles étaient tirées du service de Friedreich. Des deux autres mention avait été faite dans un mémoire de M. Weil, paru à Leipzig (1885), sur la pathologie et la thérapeutique de la fièvre typhoïde ; ce mémoire visait surtout les récidives, les formes « rénale » et abortive de la dothienentérie. Voici la reproduction intégrale de la première des quatre observations de M. Weil :

Obs. — Georges F. docteur en chimie, 23 ans, entré à la Clinique le 10 juin 1882.

Renseignements anamnétiques. Le malade à en deux atteintes de catarrhe gastrique prolongé, la dernière au printemps de 1882 ; pendant les dernières semaines il s'est livré à un surmenage intellectuel, par suite de quoi il passait par des alternatives de surexcitation nerveuse et d'abattement. Il y a 2 ou 3 jours, le malade a été pris de mouvements de fièvre, d'une céphalalgie violente et de vertige, d'anorexie, de vomissements ; sommeil agité. En même temps le malade a en chaque jour de 8 à 10 selles diarrhéiques, sans douleurs de ventre.

État présent, le 10 juin (quatrième jour de la maladie) : Le malade se plaint surtout d'un grand abattement et d'une grande faiblesse, de vertige, léger ictère de la peau et des conjonctives. L'abdomen est un peu sensible à la pression, pas de ballonnement. Tuméfaction du foie dont la zone de matité déborde, en bas, d'environ deux travers de doigt ; la glande est douloureuse à la pression. Rate augmentée de volume, atteignant en bas le rebord des fausses côtes, accessible à la palpation. Langue chargée, humide, T. 40°. Les artères de moyenne distension. Pouls bondissant, vigoureux, légèrement dicrote, 108 pulsations à la minute. Urine trouble, de couleur rouge, densité 1014, renferme passablement d'albumine, pas d'éléments organisés. Prescription : alimentation liquide, vessie de glace sur la tête, acide chlorhydrique à l'intérieur.

11 juin (cinquième jour). Dans la nuit le malade a eu un violent délire, l'ictère a augmenté. Quantité d'urine des vingt-quatre heures 1900 cc., poids spécifique 1013. L'albuminurie persiste. Pouls 106, dicrote, plein. T. 39°6.

12 juin. Dans la nuit le malade a un peu saigné du nez. La zone de matité pré-hépatique a encore gagné en étendue de haut en bas. Quantité d'urine des vingt-quatre heures, 2000 cc. ; poids spécifique 1011, T. 39°2.

13 juin (septième jour). Dans la nuit, le malade a dormi pendant quelques heures, il a meilleure mine. L'ictère est moins accusé. Quantité d'urine des vingt-quatre heures, 1950 cc., poids spécifique 1011. Une selle ferme, T.M. 38°4, T. S. 39°2.

14 juin (huitième jour). La tuméfaction du foie a considérablement diminué. L'urine renferme encore des traces d'albumine. Quantité des vingt-quatre heures, 2000 cc. ; poids spécifique 1013, T.M. 30°2, T.S. 38 6.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

III

La *Statistique médicale de l'armée* est, comme on sait, une œuvre d'imagination annuelle.

Elle prend sa source dans les bureaux comme les Annuaires.

Mais elle a plus de poids, elle fait plus d'effet de dos dans une bibliothèque... C'est un fort volume.

Toutefois cette œuvre a quelques défauts : d'abord de donner en 1888 seulement la statistique de 1885, ce qui est de l'actualité à 3 ans près, et affaiblit l'intérêt ; puis sur 291 pages de texte petit in-quarto elle en étale 229 de tableaux qui varient de 1, 2, A à 4 B à 5 C pour arriver à 6 D ou E avec des combinaisons de lettres et de chiffres comme pour rendre inouvrable ce coffre-fort.

Les efforts eussent dû tendre au contraire à le rendre plus accessible. Enfin ce qui est démesurément grave en l'espèce, cette statistique contient une inexactitude, un petit faux en écriture légale ; on y lit : « La statistique doit indiquer pour chaque corps

1° L'effectif moyen de l'*armée* (loi du 22 janvier 1851).

Or ladite loi porte ceci : Il sera indiqué pour chaque corps :

1° L'effectif moyen *pendant l'année*, ce qui n'est pas du tout la même chose (Voir Duvergier, collection complète des lois 1851 p. 16). Cette inexactitude d'un texte de loi pourrait faire peuser à mal pour les 229 pages de tableaux de chiffres : Elle « cadre » mal.

Il importe de faire cette correction pour la Statistique de 1886 — à paraître en 1890.

***

En réalité ce gros volume qui coûte gros aux contribuables pour les éclairer à longue échéance, est de plan d'intérêt et de méthode des plus modestes ; son auteur anonyme par modestie, paraît de valeur modeste.

(1) Voir les numéros précédents.

15 juin (neuvième jour). La tête est libre, subjectivement le malade se sent bien. L'ictère et l'albuminurie ont disparu, T. M. 37°2, T. S. 38°.

Après un intervalle apyrétique d'une semaine environ, le malade a de nouveau présenté des mouvements de fièvre, du dix-huitième au vingt-troisième jour de la maladie, sans autres manifestations morbides.

La convalescence a été interrompue par le développement (21 juillet) d'une iridocyclite de l'œil droit, qui a nécessité le transfert du malade dans les salles de la Clinique ophtalmologique.

Les trois autres observations ne diffèrent de la précédente que par des traits secondaires, aussi je n'en dirai que quelques mots.

Le sujet de la seconde observation, un soldat âgé de 23 ans, attribuait sa maladie à ce que pendant deux jours successifs il avait été exposé à une pluie battante. Il est dit dans l'observation que l'urine ne donnait pas la réaction caractéristique de la présence des matières colorantes biliaires, par contre la mousse qui se formait à la surface de l'urine avait une teinte nettement ictérique. La durée de la maladie (période d'état) fut de six jours pleins, après un intervalle d'apyrexie de six autres jours le patient quitta l'hôpital ; à ce moment il avait encore de la polyurie et un peu d'albuminurie.

Le n° 3, un négociant âgé de 23 ans, avait eu la fièvre typhoïde en 1869 ; l'année suivante au mois de juin, il présenta l'ensemble des symptômes sous lesquels évolue la nouvelle maladie infectieuse décrite par M. Weil. Dans ce troisième cas, la durée de la maladie se chiffra par 18 jours ; de plus, pendant la convalescence, le malade conservait de la polyurie, et son appétit était exagéré. La présence des matières colorantes et des acides biliaires a été constatée dans les urines du sujet. Enfin, au deuxième jour de la maladie était survenue une éruption discrète de taches rouges, dont le siège n'est pas indiqué.

Chez le quatrième malade, un garçon de restaurant âgé de 22 ans, l'affection débuta par des douleurs dans les muscles. Le malade quitta l'hôpital le vingt-neuvième jour après le début des accidents, il n'était pas rétabli, il avait encore un peu de fièvre, de plus, sa pâleur et sa maigreur frappaient à première vue.

Voilà les faits dans lesquels M. Weil a cru reconnaître l'expression clinique d'une nouvelle maladie infectieuse, « *affection aiguë fébrile, caractérisée par des manifestations nerveuses graves, avec tuméfaction de la rate et du foie, ictère, symptômes néphritiques, et qui aboutit à un dénouement favorable après une durée relativement courte des manifestations graves* ».

Passant en revue les autres caractères généraux de cette affection, M. Weil a fait ressortir l'absence d'influences étiologiques bien nettes. Les 4 malades étaient à la fleur de l'âge, et d'une constitution robuste; ils appartenaient à des professions très différentes, chez tous les quatres la maladie est survenue en plein été (juin et juillet).

Le début de la maladie a toujours été soudain, sans prodrome d'aucune sorte, le second jour les malades étaient forcés de s'aliter. Toujours la fièvre a ouvert la série morbide; un seul malade a eu du frisson. L'anorexie, une soif vive, la prostration, des sensations douloureuses, la céphalalgie, le vertige, l'agitation nocturne ont toujours figuré parmi les symptômes initiaux.

Dans les premiers jours de leur passage à l'hôpital les malades ont présenté les manifestations suivantes : fièvre intense, des symptômes cérébraux (céphalalgie, vertige, sommeil agité, délire, tendance à la somnolence), un ictère d'intensité moyenne, une tuméfaction douloureuse du foie, une tuméfaction de la rate, des modifications de l'urine telles qu'on les rencontre dans certaines formes de néphrite aiguë, des troubles du côté des organes digestifs (anorexie, langue saburrale, vomissements spontanés dans un cas, diarrhée ou constipation, endolorissement du ventre); ces troubles digestifs n'ont occupé qu'un rang secondaire dans le tableau morbide.

Du cinquième au huitième jour, les choses prenaient déjà une tournure favorable; la fièvre, l'ictère, la tuméfaction de la rate et du foie, les symptômes cérébraux et néphritiques se dissipaient progressivement, et en très peu de jours les malades étaient en pleine convalescence. Celle-ci a toujours traîné en longueur; chez trois malades sur quatre elle a été interrompue par un retour offensif de la fièvre, et, chez un malade par un retour de l'ictère, de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'albuminurie. Un malade a eu pendant sa convalescence, une irido-cyclite.

Pour ne pas interrompre l'exposition des faits, je passe momentanément sur les hypothèses émises par M. Weil au sujet de la nature de la maladie infectieuse qui était en cause dans ces quatre cas.

— Quelques mois après l'apparition du mémoire de M. Weil, M. F. Goldschmidt, de Nuremberg publia une observation qui offre une grande ressemblance avec les faits relatés par M. Weil; il n'en diffère que par le mode de début. Le sujet, bien portant jusqu'alors, avait eu sans cause appréciable une perte subite de la connaissance pendant qu'il travaillait; dans

---

Toutes qualités de société qui peuvent le faire affectionner beaucoup, mais ne le font pas lire autant.

En 1885, nous avions conçu avec une immodestie qui dépasse toutes les bornes un plan de réformes de cette Statistique médicale actuelle qui ne dit rien à grands frais. Nous y disions à moins de frais :

« La statistique médicale d'une armée doit avoir un triple but :

1° Faire connaître les principales causes de morbidité et de mortalité militaire, par cela même, éclairer le commandement et les médecins sur leur étiologie et leur prophylaxie.

2° Contribuer par l'étude de chaque garnison (maladies dominantes et endémiques) à la Géographie médicale de la France et du Nord de l'Afrique.

3° Apporter des éléments de solution à cette importante question sociologique : quelle est l'influence de la vie militaire sur l'hygiène physique et morale de la population virile ? »

Suivaient 12 tableaux seulement, qui étudiaient la morbidité et la mortalité, les causes de décès, non activité, réforme, retraite, l'alcoolisme, syphilis, maladies professionnelles, suicides, les journées d'indisponibilité, les quatre grandes causes de mort militaire, phthisie, fièvre typhoïde, dysenterie, fièvre palustre, etc.

Tout cela par armes et non par régiments, par ordre de fréquence décroissante, (pour parler à l'œil du chercheur) et non confusément, séparément pour la France et l'Algérie au lieu de pêle-mêle.

Ce plan qui pouvait servir à un remaniement logique du *tas* actuel, fut remis au Directeur du service de santé d'alors dont la modestie absolue, prise à tort pour de l'insuffisance, a depuis amené le retrait de fonctions.

Nous ne savons ce qu'il en a fait. Mais nous nous attendons à le voir un jour avec des retouches modestes, sortir tout armé du cerveau et des cartons de ce producteur par exhumation.

Toutefois ce ne sera pas avant la statistique de 1890... à paraître au vingtième siècle.

*
* *

Le *British medical* émet la crainte qu'on ne supprime par économie, l'Ecole de médecine militaire de Netley. Ce serait grand dommage qu'elle disparût de l'hôpital Royal-Victoria, ce superbe

la suite les symptômes et leur évolution ont été les mêmes que chez les malades de M. Weil. A noter que dans le cas de M. Goldschmidt, la maladie est survenue en hiver; au mois de novembre, chez un alcoolique avéré; qu'en outre on a constaté dans les urines du patient la présence de cylindres garnis de bactéries.

Un peu plus tard, M. Aufrecht, de Magdebourg, rappelait que, dès 1881, il avait décrit sous le titre de « *parenchymatose aiguë* » un état pathologique qui concordait dans ses traits essentiels avec la nouvelle maladie infectieuse décrite par M. Weil. En outre M. Aufrecht donnait la relation de deux exemples de cette parenchymatose aiguë, observés par lui; les deux cas se sont terminés par la mort. Voici le résumé donné par l'auteur du premier de ces deux faits :

« Dans ce cas, à une phtisie tuberculeuse du lobe supérieur du poumon droit, à évolution assez rapide, s'est associée une affection dans laquelle le foie et le rein se sont trouvés intéressés. Tandis que se développe et que persiste un léger ictère, le foie diminue un peu de volume, mais en même temps apparaît de l'albuminurie, qui manquait pendant les premiers jours que le malade a passés à l'hôpital. L'affection néphrétique a pris ensuite le dessus, de telle sorte que durant les cinq derniers jours avant la mort, la sécrétion urinaire s'est trouvé suspendue ». Cette citation doit suffire pour montrer que le rapprochement établi par Aufrecht entre ce fait et la « maladie de Weil » ne peut être accepté sans de sérieuses réserves. Il s'agissait en somme d'accidents ultimes survenus chez un tuberculeux, et qui n'offraient qu'une ressemblance très éloignée avec le symptôme décrit par Weil. Quant au reste, les lésions constatées à l'autopsie du malade d'Aufrecht étaient les suivantes : œdème de la pie-mère; à la surface du péricarde, membranes minces, quelques foyers hémorrhagiques et des nodosités grises transparentes; myocarde pâle et mou; dans le lobe supérieur du poumon droit, une caverne du volume d'une pomme, et plusieurs autres de moindres dimensions. La rate mesurait 12 centimètres en longueur, 7,5 en largeur, 3,5 en épaisseur; les deux reins sains, parsemés d'hémorrhagies à leur surface, d'une teinte louche gris-jaunâtre, sur des surfaces de coupe; nombreux foyers hémorrhagiques dans les bassinets; foie diminué de volume et de consistance pâle.

La seconde observation d'Aufrecht concernait un homme de 43 ans, bien portant jusqu'en 1877, à cette époque il présenta subitement les symptômes d'un catarrhe aigu de l'estomac. Le lendemain le malade avait en outre de la fièvre, et il se plaignait surtout d'avoir la gorge embarrassée par des mucosités d'une expectoration difficile. Au quatrième jour de la maladie, on constatait l'existence d'un léger ictère avec tuméfaction du foie; depuis la veille le malade, très abattu gardait le lit. Au cinquième jour, anursie complète; le lendemain, seulement, on put retirer de la vessie une petite quantité d'une urine pour en faire l'analyse, après ébullition et addition d'acide nitrique le liquide se prit en caillots. Le septième jour le malade fut emporté en l'espace d'une demi-heure, dans un accès de convulsions urémiques. Résultats de l'examen microscopique : Cœur un peu volumineux, myocarde d'un jaune graisseux, foie très augmenté de volume, d'aspect trouble, reins très tuméfiés, de teinte louche jaune pâle, l'état de la rate a été passé sous silence. L'examen microscopique n'a porté que sur le foie et les reins. « Au lieu des gouttelettes de graisse, de plus ou moins grandes dimensions qu'on s'attendait à découvrir dans les cellules de ces organes glandulaires, on trouva les cellules du foie et celles de l'épithélium rénal remplies complètement de granulations foncées, de grosseur uniforme ». Il se peut que le nom de parenchymatose aiguë convienne à ce fait clinique, mais ce qui ne paraît pas douteux, c'est que le malade a succombé à des accidents urémiques en rapport avec une néphrite infectieuse.

E. Wagner a relaté en termes sommaires deux observations qui reproduisent avec une assez grande fidélité les caractères attribués par M. Weil à la nouvelle maladie infectieuse. Dans les deux cas l'affection a eu un début subit, une marche aiguë et fébrile (jusqu'à 40°,4), une durée courte, d'une quinzaine de jours. Dans les deux cas il y a eu de l'ictère, de la diarrhée dans l'un, de la constipation dans l'autre; un malade seulement a présenté de l'albuminurie. La tuméfaction du foie et de la rate a manqué ou était peu dessinée. Les deux malades se plaignaient de violentes douleurs musculaires, dans les mollets notamment. L'un des deux a eu de l'herpès labial au début, et plusieurs épistaxis dans la suite. Les deux cas sont survenus dans la première quinzaine de septembre 1886. Les deux patients âgés l'un de 20 ans, l'autre de 23 ans, ne se connaissaient pas d'antécédents pathologiques.

— Une observation de M. Roth, de Bamberg, peut également être rattachée au type morbide décrit par M. Weil : Une jeune femme de 21 ans est prise de violentes douleurs d'estomac, quelques heures après avoir mangé de la salade; c'était au mois de juin 1887. Le lendemain, les douleurs persistaient, accompagnées de vomissements et d'une grande prostration; la

---

édifice, véritable palais de guérison qui développe au bord de la mer, ses 400 mètres de blanche façade superbe.

C'est comme une vision de quelque palais de marbre d'Italie posé là sur la verte pelouse anglaise entre Portsmouth et Southampton.

Nous avons reçu en 1881, dans ces parages méridionaux de l'île de Wight où le ciel d'Angleterre se montre aussi bleu qu'il lui est possible, une hospitalité — écossaise.

Nous espérons bien que l'Ecole vaillante de *surgeons on probation* qui fournit aussi à la marine et aux Indes (*Indian and naval medical candidates*), et a compté pour professeurs les Longmore, Mac-Lean, Atkins et de Chaumont, ne sera pas économisée « chèrement » aux dépens de la santé du soldat anglais qui fait tant de « guerres de médecins ».

***

A propos de notre Val-de-Grâce auquel il n'est heureusement question de faire aucune coupure, M. le Dr Ad. Tissier nous adresse une Etude fort étudiée où il demande que les stagiaires aient le grade d'aide-major de deuxième classe et sortent avec la première classe, c'est-à-dire lieutenant comme on sort de Fontainebleau. Nous n'y voyons pas obstacle, et dirons même à l'appui que la loi sur l'Etat militaire des officiers de santé en 1792, établissait une demi-assimilation précisément du grade de lieutenant à celui de chef de brigade. C'est un « précédent » mot qui a de la force.

Le nombre des médecins militaires s'élevait alors à 1400.

***

Ce grade de sortie avec l'avancement au concours, un tour régulier d'occupation des bons postes, la simplification de la paperasserie et de la statistique, le relèvement de l'humble infirmier, l'autonomie absolue du Corps médical par refonte de la loi du 16 mars 1882, enfin l'appellation comme en Italie, de médecin-colonel, médecin-commandant, médecin-capitaine, telles sont les choses à conquérir.

Ce sont les cahiers de 1889 *de la Médecine militaire française.*

Il ne faut pas s'attendre, malgré l'exposition universelle et fréquente de ces desiderata, à colleter le Progrès dès demain, le temps lui est nécessaire pour faire ses évolutions sans révolution; la perfection d'emblée et les changements à vue ne sont possibles qu'au théâtre où le carton permet tout.

malade dut cesser son travail, et le cinquième jour elle se fit admettre à l'hôpital. A ce moment on constatait de la fièvre (39°), de la jaunisse, une augmentation de volume du foie et de la rate; foie très sensible à la pression; douleurs sourdes dans la région des reins; urines peu abondantes, troubles, contenant des matières colorantes biliaires, beaucoup d'albumine, des globules rouges, des cylindres hyalins et épithéliaux; signes de pleurésie sèche. L'habitus extérieur était celui d'une maladie grave.

Le traitement consista surtout dans l'emploi de remèdes (calomel, jalap, lavements) destinés à combattre la constipation opiniâtre dont souffrait la malade. Celle-ci était à peu près rétablie un mois après son entrée à l'hôpital; les règles étaient survenues prématurément. Cette femme n'a pas eu de diarrhée pendant toute la durée de sa maladie.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

HYDROLOGIE

LA MÉDICATION THERMALE.

Leçon d'ouverture du cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques par le Dr Max DURAND-FARDEL.

(*Suite et fin.*)

La spécialisation, en nous instruisant des applications des eaux minérales, nous amène sur le terrain des maladies chroniques. Si la mention de celles-ci figure dans le titre de ce cours, ce n'est pas, vous devez le penser, que je me propose de vous faire l'histoire des maladies chroniques : mais j'aurai beaucoup à vous en parler.

On a souvent répété que les maladies chroniques contenaient la médecine tout entière, et que les maladies aiguës n'étaient que des accidents. Elles en contiennent pour sûr la partie la plus difficile. Il est très vrai aussi que les maladies aiguës sont, plus souvent qu'il ne paraît à un esprit non averti, des épisodes, non précisément des maladies chroniques, mais des *états* chroniques.

La maladie aiguë apparaissant dans un organisme idéalement sain n'est guère en effet qu'un accident, une sorte de traumatisme physiologique, si vous me permettez une telle métaphore, ou un empoisonnement. Mais vous ne rencontrerez pas souvent un organisme idéalement sain. La question du terrain où évoluent les maladies, les maladies chroniques comme les maladies aiguës, a, par une suite assez singulière, été ramenée au jour par l'invasion des microbes. Je ne dis pas qu'elle eut disparu : mais c'est là un terme des problèmes pathologiques qui était trop souvent laissé de côté.

Lorsque j'ai commencé mes études, on sortait à peine de ce qu'on peut appeler l'époque de la nosologie. La nosographie de Pinel, enfouie aujourd'hui dans les limbes, servait alors de manuel. Le problème était la nomenclature et le classement des maladies dans des tiroirs soigneusement étiquetés. Les questions de thérapeutique se trouvaient alors au second plan, et, sauf le grand épisode Broussaisien, on ne peut dire qu'il existât alors de doctrine. Cependant ce temps n'a pas été perdu pour le diagnostic, auquel aboutissaient nécessairement toutes les tendances de la pathologie. A la conjonction de cette époque avec celle de l'anatomie pathologique se rattache le nom, conservé celui-là, de Laënnec. Tout le travail se portait alors sur l'anatomie pathologique, c'est-à-dire sur la description, mais purement morphologique et macroscopique, des lésions, moment auquel se rattache, je vous demande pardon de me le rappeler ici, le commencement de ma vie militante.

Puis l'époque des diathèses est survenue, et rappelle les noms de Bazin et de Padoux. Elle a pris plus de place dans la pathologie que ne pouvait le faire penser le nombre assez restreint de ses adeptes. Remaniée aujourd'hui au nom de la chimie organique, celle-ci en plein travail d'une évolution encore bien confuse, la doctrine des diathèses s'est renouvelée surtout par sa pénétration dans la chirurgie, pénétration assez confuse également, mais à laquelle M. Verneuil a apporté sa marque brillante.

Aujourd'hui la médecine est entrée dans l'époque microbienne, à laquelle la période histologique ou cellulaire, complément de celle de l'anatomie pathologique, a servi de voie d'introduction.

Si je vous rappelle tout ceci, c'est pour que nous nous entendions sur le parti que nous pouvons en tirer dans l'étude des applications des eaux minérales.

La nosologie ne représente pas une manifestation doctrinale, mais une nécessité de la langue médicale : c'est l'alphabet, de la pathologie. Il est vrai que chaque jour nouveau lui imprime un caractère plus conventionnel. A l'époque de rénovation que nous traversons, la valeur des mots change à chaque instant, la conception des choses étant sans cesse remise en question. L'inflammation est peut-être à la veille de dispa-

---

Aujourd'hui du reste. l'heure est bonne et l'on marche.

***

M. l'ingénieur Ameline qui nous a détaillé l'an dernier le train sanitaire de la Compagnie de l'Ouest avec une verve d'auteur, vient en superposant deux systèmes Bry de permettre le transport improvisé de 12 blessés couchés par wagon. Cela double tout simplement nos moyens de dissémination de grands blessés, et l'on n'usera jamais de trop de cette faculté d'éparpillement en éventail sur l'Arrière.

Autre progrès, les *cours de perfectionnement* comme nous les avons demandés il y a plusieurs mois, vont être inaugurés au Val-de-Grâce. Il s'agit de *bactériologie*, c'est d'intérêt, d'actualité incontestable et première.

Mais ne pourrait-on faire aussi un cours pour ainsi dire *matériel* du service de santé en campagne (antisepsie de guerre, improvisations de guerre, chariots et appareils, mise en main de tout le matériel sanitaire de tous les échelons). Ce seraient pour ainsi dire les « manipulations » pratiques de tout l'arsenal de secours, prévu et imprévu.

Bien des médecins ne connaissent que par les gravures, les litières, les wagons sanitaires ou improvisés, les bateaux de canal à aménager le système Bry. Lire ne vaut pas toucher et apprêter et appliquer de ses doigts.

Nous avons vu professer quelque chose d'analogue au camp d'Aldershot avec du matériel vrai et quelques petits modèles, les ressources de Paris permettraient une concentration démonstrative bien plus complète.

En outre quelques-uns de nos distingués confrères, les cinq ou six cents médecins de réserve ou territoriaux de Paris et de sa banlieue pourraient être admis sur leur demande à suivre par séries ce *Cours de perfectionnement par leçons de choses*. Ils y rencontreraient les camarades de l'armée active, ce serait une fusion qui entraînerait des liaisons et de futures fraternités d'armes.

Dr CHASSAGNE

raître. La scrofule est menacée dans son existence. Il est vrai que, en revanche, l'arthritis s'est étendu comme une inondation.

En attendant, nous suivrons la nomenclature classique, parce qu'après tout elle répond à des notions cliniques. Nous ne perdrons pas de vue les notions anatomiques, qui appuieront souvent nos indications et nos contre-indications. Nous nous laisserons guider par la clinique sur le sujet broussailleux du terrain, diathèses, constitutions, états innommés mais saisissables, considérations de forces, de facultés de réaction.

Nous ne trouverons aucune place à donner à la bactériologie. Je doute que celle-ci soit appelée à exercer une influence bien appréciable sur les applications de la médication thermale. On s'est demandé si les émanations de certaines eaux minérales ne pourraient pas exercer quelque action directe sur les éléments microbiens de la tuberculose : on ne pouvait guère s'adresser qu'à l'hydrogène sulfuré, à l'acide carbonique, à l'azote, auxquels est venu récemment s'ajouter le fluor. Mais toute spéculation à ce sujet ne pourrait guère avoir qu'une valeur d'explication, et n'ajouterait rien à ce que nous savons de l'action clinique des eaux minérales. La découverte de l'arsenic et celle de la lithine n'ont pas étendu le cercle d'application des eaux où on en a reconnu la présence, au-delà de ce que l'observation clinique leur avait déjà attribué. Et, tout en faisant toutes les réserves qu'il faut au sujet de ce que pourront nous apporter de futures observations, il convient de faire remarquer que c'est sans doute en modifiant les terrains que les eaux minérales interviennent le plus effectivemen dans le jeu des microbes : mais elles n'avaient pas attendu les problèmes qu'est venue soulever leur merveilleuse découverte pour agir dans ce sens.

M. Albert Robin disait récemment, à propos des diathèses, que « l'emploi des eaux minérales est un des plus sûrs moyens de produire ces modifications lentes et constitutionnelles qui doivent aboutir à une inversion du mode nutritif de l'individu. » (1).

Il est impossible d'exprimer avec plus de justesse la part qui appartient aux eaux minérales en thérapeutique, et de mieux signaler la direction qu'il convient d'imprimer à leur étude.

Je viens de vous entretenir des deux sujets qui feront la base de cet enseignement : la *classification*, méthode de la matière médicale et la *spécialisation*, méthode de la thérapeutique.

Il est encore un terme intermédiaire entre la matière médicale et la thérapeutique, entre la médication et les applications : ce sont les *indications*, guide indispensable de toute intervention chirurgicale.

Si nous sommes obligés d'envisager les eaux minérales à un point de vue, jusqu'à un certain point empirique, parce que l'analyse de leur constitution nous laisse encore beaucoup d'inconnues, cela ne veut pas dire que cette idée d'empirisme doive nous suivre dans leurs applications. Nous ne savons pas bien pourquoi elles agissent de telle ou telle façon, mais l'observation clinique, en succédant à l'empirisme absolu des premiers temps, nous a appris comment elles agissent, c'est-à-dire à quelles indications elles sont aptes à répondre.

Remarquez que, si le côté scientifique de ces études laisse beaucoup de vides, nous en tenons le côté pratique, celui qui, après tout, est le plus important. Sur le sujet des applications des eaux minérales, comme sur tant d'autres sujets, il y a sans doute à apprendre, à corriger, à progresser. Mais je dis que la thérapeutique des eaux minérales est faite, qu'elle est établie sur des bases positives, que leur spécialisation, quelques soient les corrections de détail que pourraient avoir à subir le tableau que j'en mettrai sous vos yeux, est absolument vraie dans ses grandes lignes, enfin qu'il n'est pas une indication thérapeutique à laquelle les eaux minérales ne fournissent des agents déterminés, dans les maladies chroniques.

Les indications qui nous serviront de guides dans l'emploi des eaux minérales sont de deux ordres :

Indications générales et indications locales.

Au point de vue des actions générales, les eaux minérales nous fournissent :

Une médication altérante,
Une médication reconstituante,
Une médication sédative.

Au point de vue des actions locales :

Une médication résolutive,
Une médication substitutive.

Je laisse de côté les médications spoliatives, révulsives, dérivatives, dont nous pourrons rencontrer des exemples, mais dont la portée est assez secondaire, telles encore que les actions éliminatrices et les actions cicatrisantes qu'elles comportent.

Qu'est-ce qu'une médication *altérante*, très mauvaise expression, qu'on devrait peut-être remplacer par celle de médication *diathésique*, parce que son indication suppose toujours l'existence de quelque état constitutionnel? C'est un modificateur direct du système qui, en touchant les actes mêmes de la nutrition, et dans le milieu des échanges organiques, agit sur des états où tout ce que nous pouvons en saisir ne s'étend guère au-delà d'une altération des actes nutritifs. Cette action altérante appartient spécialement aux eaux à bases sodiques et à des eaux suffisamment minéralisées.

La médication *reconstituante* se rapproche par bien des points de la précédente, et peut quelquefois se confondre avec elle dans ses résultats. Cependant elle peut se définir par l'idée de relèvement du système abaissé. C'est là une expression assez vague : mais combien sont difficiles à déterminer avec précision les conditions auxquelles elle s'adresse, et à pénétrer les phénomènes qu'elle comprend ! L'on peut dire que la médication altérante s'adresse aux éléments morbides, et la médicationtion reconstituante aux éléments sains du système (alors même qu'ils sont amoindris dans leur activité). Je ne méconnais pas l'incertitude d'une telle définition : je vous la donne comme un ordre d'idées probable plutôt que démontré. Mais voici qui est positif : c'est que l'action reconstituante appartient à la médication thermale tout entière, tandis que la médication altérante n'appartient qu'à un ordre limité de ses représentants. Elle appartient, à des degrés très divers sans doute, aux eaux les moins minéralisées et les plus dépourvues d'actions altérantes ou diathésiques, comme aux eaux les plus caractérisées dans ce dernier sens et par leur minéralisation significative.

Les actions *sédatives* jouent un rôle moins considérable dans la médication thermale, mais cependant encore très intéressant. Elles exercent peut-être plutôt une influence d'équilibration de l'innervation que de sédation proprement dite. Je n'insisterai pas en ce moment sur ce sujet que nous retrouverons plus tard.

Les actions *résolutives* et les actions *substitutives* s'adressent directement à des lésions d'organes ou de tissus.

L'action *résolutive* est, en elle-même, très complexe. Irritation locale (en quoi elle se rapproche de la substitution), dénutrition, arrêt de la nutrition morbide, je n'essaierai pas de faire la définition de cette action qui aboutit à la résolution ou à la fonte des engorgements, des tumeurs réductibles, des inflammations chroniques. La résolution appartient surtout aux eaux fortement minéralisées et à bases sodiques. Mais on peut la rencontrer partout, parce que sa réalisation peut être obtenue indirectement ou immédiatement par toute action

(1) Rapport sur les eaux minérales lu à l'Académie de médecine.

salutaire exercée sur le système, altérante ou simplement reconstituante et, peut-être, dans certains cas, sédative.

Il en est de même de l'action *substitutive*, laquelle consiste à changer la nature d'une inflammation, ce mot pris dans le sens classique, pour lui en substituer une autre plus facile à guérir. Celui-ci appartient spécialement aux eaux sulfurées, mais aussi aux eaux chlorurées sodiques fortes, et même aux plus faiblement minéralisées par le moyen des longues balnéations. Et en même temps il faut toujours faire la part réelle, toute difficile qu'elle puisse être à percevoir, de la médication sur l'ensemble du système.

Voici maintenant un des caractères les plus importants de la médication thermale, ce qui lui assigne une place à part dans la thérapeutique : c'est que toutes ces actions que je viens d'énumérer, et qui répondent à la presque totalité des indications que nous pourrions avoir à formuler, n'appartiennent qu'à des agents distincts de la thérapeutique ordinaire. Or les eaux minérales possèdent ce caractère de pouvoir mettre en jeu simultanément ces modes multiples, et reproduire d'une façon manifeste ou obscure, mais saisissable au moins par la pensée, les diverses actions qui viennent d'être passées en revue. Je n'en veux d'autre exemple que le traitement de la scrofule par les eaux froides de Salins, comme par les eaux chaudes de Balaruc, où nous pouvons reconnaître sur le même sujet une action altérante de la scrofule, reconstituante de l'ensemble du système, résolutive des engorgements et substitutive sur les surfaces fistuleuses.

Pour résumer cette introduction au cours que je commence aujourd'hui, je dirai : que toute l'étude des eaux minérales est enfermée dans ces trois termes : la classification, la spécialisation et les indications ; — et que dès qu'on a une complète intelligence de celles-ci, on connaît la médication et thermale on est en mesure d'en user avec discernement.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE, par Léon AUDAIN, interne des Hôpitaux.

Observation par le Dr VIGNES.

I

Historique et classifications des luxations scapulo-humérales en général.

Un historique trop approfondi de cette variété de luxation serait long, aride et peu intéressant. Nous n'entreprendrons donc pas de faire connaître l'opinion de tous les chirurgiens de tous les temps sur la luxation sous-glénoïdienne ; nous nous contenterons, et nous espérons atteindre ainsi notre but, d'étudier les époques marquantes de la littérature médicale à notre point de vue particulier.

Hippocrate n'a vu « qu'une seule manière de luxation de l'humérus à l'épaule. C'est celle qui *se fait en dessous vers l'aisselle* ». Il ne conteste pas la possibilité de la luxation *en dehors* ou *en haut*. Quant à la luxation vers la partie *antérieure*, il ne l'a jamais vue et la croit même absolument impossible. Cette opinion, de son propre aveu, lui a valu le blâme des médecins et du vulgaire. D'après lui, les symptômes qui permettent de diagnostiquer la luxation de l'épaule en bas sont les suivants : 1° un abaissement de la tête humérale, qui est située sur un plan inférieur à celle du côté sain ; 2° l'existence d'une dépression au-dessus de la tête de l'humérus et par suite la facilité beaucoup plus grande de sentir l'acromion ; 3° l'écartement du coude et la douleur que provoque toute tentative faite pour le rapprocher du tronc ; 4° l'impossibilité pour le malade de porter la main à l'oreille du côté malade et de mouvoir le coude de côte et d'autre. Il serait téméraire d'affirmer, d'après ce tableau symptomatique, qu'Hippocrate a bien connu la luxation que J.-L. Petit a décrites depuis, sous le nom de *luxation en bas* et que Goirand a appelées plus tard *luxations sous-glénoïdiennes*. Il est même très probable qu'il les a ignorées et que sa description se rapporte à la variété de luxations en dedans connue aujourd'hui sous le nom de *luxation sous-coracoïdienne*. Il est en effet impossible que l'allongement réel du membre, qui se produit *presque toujours* dans les luxations sous-glénoïdiennes vraies, ait échappé à un observateur tel qu'Hippocrate. Du reste les autres symptômes que nous venons de signaler sont ceux de la sous-coracoïdienne, en particulier la limitation du mouvement d'abduction et l'impossibilité pour le malade de porter la main à l'oreille. Pour ce qui est des luxations antérieures, Hippocrate, malgré le blâme du vulgaire et même des médecins de son temps, avait absolument raison. Il n'existe pas, si on prend les choses à la lettre, de luxations antérieures. Celles qu'on désigne sous ce nom sont des luxations en dedans. Ce sont sans doute ces dernières qu'il a fréquemment vues et qu'il appelle les *luxations en dessous*. Celse et Galien connaissaient deux espèces de luxations scapulo-humérales, l'une dans l'aisselle et l'autre en avant ; la dernière était considérée comme très rare.

Paul d'Egine admit en outre l'existence d'une troisième variété, la luxation *en dehors*. Nous venons de voir qu'Hippocrate, sans l'avoir jamais observée, était loin de la regarder comme impossible.

La question tomba dans la suite sinon dans l'oubli, du moins dans une sorte d'indifférence, et on admit sans discussion et sans contrôle pendant de longs siècles les « idées du maître ».

A. Paré lui-même, dont l'esprit sur certains points fut si révolutionnaire partagea sans restriction l'opinion de ses devanciers.

Il faut arriver au commencement du XVIIIe siècle pour voir la question entrer dans une phase nouvelle, et c'est à un chirurgien, jeune encore à cette époque, J.-L. Petit, que revient le mérite d'avoir secoué le joug des erreurs séculaires. En 1705, il établit dans un ouvrage remarquable, que la luxation humérale pouvait se faire non seulement *en devant*, c'est-à-dire sous l'aisselle, la tête humérale étant plus ou moins enfoncée, ou *en dehors* dans la cavité sous-épineuse, mais encore *directement en bas sur la côte de l'omoplate*.

Un peu plus tard, en 1723, J.-L. Petit reprit la question et la traita d'une façon encore plus précise. Son expérience lui avait montré que les luxations en dedans ne se présentent pas toujours avec les mêmes symptômes, et il créa deux formes cliniques distinctes. Dans sa nouvelle édition, il confirma avec autorité l'existence de la luxation directement en bas.

A ses affirmations si nettes et si catégoriques, il ne manquait plus que la démonstration cadavérique, qui du reste ne se fit pas longtemps attendre.

A. Bonn (1), le premier, tenta de produire sur le cadavre des luxations scapulo-humérales. Mais soit qu'il s'y prit mal, soit que les circonstances lui fussent défavorables, il ne put obtenir qu'une seule variété de luxation, la luxation en dedans.

Sue et Chopart (2), en présence de Desault, entreprirent une série d'expériences, et, se basant sur les données de l'anatomie pathologique, décrivirent trois variétés de luxations scapulo-humérales :

(1) Comm. *de humero luxato* (in-4, 1782).

(2) Mém. dogm. et prat. sur la luxation du bras dans la Clinique de Desault par Cassini, T. II.

1° La luxation en bas et en devant;

2° En haut et en devant sous la clavicule;

3° En bas et en arrière entre l'omoplate et les côtes.

Jusqu'à présent, comme on le voit, l'expérimentation servait peu les affirmations de J.-L. Petit, car cette luxation *en bas et en arrière entre les côtes et l'omoplate* ne rappelle que bien vaguement la variété sous-glénoïdienne ou directement en bas, telle qu'il l'entendait. Ces expériences cependant ne furent pas sans profit. Elles établirent nettement la *variété sous-claviculaire* jusque-là méconnue ou du moins fort mal observée.

Pinel (1) à son tour proposa de classer les luxations scapulo-humérales en : 1° luxations en dedans ; 2° luxations en devant; 3° luxations en bas et en dedans. Ces dénominations peu claires de luxations en dedans, en devant, prêtaient à de nombreuses confusions. Pinel cependant semble avoir reconnu la luxation sous-glénoïdienne ou tout au moins *sa variété costale* comme on peut le voir par la description qu'il fit d'une autopsie de luxation scapulo-humérale : « La tête luxée était d'une demi-pouce inférieure au sommet du bec caracoïdien et s'était pratiquée une petite facette articulaire vers la partie inférieure du rebord interne de la cavité glénoïde. »

La luxation sous-glénoïdienne établie cliniquement par J. L. Petit, démontrée jusqu'à un certain point par les expériences de Pinel, semblait devoir être bientôt placée parmi les conquêtes définitives de la science, quand l'école de Desault, par une division malheureuse, vint de nouveau jeter le trouble et la confusion dans les esprits. L'erreur eut d'autant plus de prise que Desault et son école jouissaient d'une grande autorité. Ils reconnaissaient quatre espèces de luxations scapulo-humérales :

1° *En bas*, sous le bord inférieur de l'omoplate ;

2° *En dedans*, entre le muscle et la fosse sous-scapulaire ;

3° *En haut*, derrière la clavicule ;

4° *En dehors* et en arrière entre le muscle et la fosse sous-épineuse.

Ils regardaient en outre la *luxation en bas* comme la plus fréquente de toutes.

Cette division fut admise par Boyer, et pendant de longues années elle fut aveuglément adoptée par toute l'école française. La notion précise d'une luxation se produisant directement en bas s'était évanouie et la science était retombée dans les errements passés.

A. Cooper, que cette classification ne pouvait satisfaire, battit en brèche l'école de Desault et, grâce seulement à l'autorité de son nom, réussit à faire naître le doute dans l'esprit de ses contemporains. Mais en détruisant une erreur, il faillit en même temps porter un coup fatal à la théorie de J. L. Petit. La faute revenait à Desault, qui sous la dénomination de *luxations en bas* (terme dont s'était servi J. L. Petit) avait décrit tout autre chose que n'avait pensé ce chirurgien.

(*A suivre.*)

(1) Mém. sur le mécanisme des lux. de l'hum. dans les observat. de physique de Rosier, t. 33, 1788.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de physiologie humaine, par H. Beaunis, 3e édition, J.-B. Baillière, Paris, 1888.

Le premier volume de cette troisième édition a été présenté déjà aux lecteurs de la *Gazette* (n° du 20 octobre 1888). Le second volume a paru récemment.

On peut donc aujourd'hui mieux juger encore de la valeur de cet ouvrage considérable. Elle est telle que, pour les physiologistes de profession, sans aucun doute, il n'existe nulle part, dans aucun pays, un traité où leur science soit plus complètement exposée et avec plus de précision. On peut dire que la physiologie de notre époque est là tout entière, avec toutes les systématisations de faits auxquelles elle a pu déjà arriver, avec ses innombrables découvertes de détails plus ou moins coordonnées encore, dans ses problèmes encore pendants, dans ses questions controversées, avec ses grandes doctrines et leurs conséquences, avec toutes ses tendances enfin et ses espérances même, avec sa méthode générale aussi, qui se confond de plus en plus avec la méthode rigoureuse des sciences physico-chimiques, et avec tous ses procédés. C'est un véritable monument.

Mais, qu'on le remarque bien, c'est un monument parfaitement abordable dans toutes ses parties.

Comme nous le disions dans la *Gazette* du 20 octobre, la composition de ce grand ouvrage est très méthodique, l'exposition est toujours claire, malgré sa vigueur et sa sobriété, et les descriptions sont toujours lucides. Rien de plus facile à consulter que ce livre; mais la lecture suivie de tel ou tel chapitre n'est aucunement pénible; c'est un livre d'études, et non seulement de recherches, nous tenons à le noter, car on n'a peut-être pas toujours rendu aussi pleine justice à M. Beaunis au point de vue pédagogique qu'au point de vue scientifique.

Ce second volume diffère du second volume de l'édition précédente par un grand nombre d'additions; il suffira de mentionner ici les principales : le rôle des micro-organismes dans la digestion, la statistique dans la nutrition, la sécrétion urinaire, la fonction glycogénique du foie, la contraction simultanée des muscles antagonistes, les procédés photochromographiques de Marey pour la marche et la course, la cardiographie et la sphygmographie, la physiologie de la rétine, les sensations de température, les fonctions du grand sympathique, les fonctions du cerveau, le sommeil et le somnambulisme, la spermatogenèse, etc.

E. G.

I. — Leçons sur les maladies de l'appareil digestif, par L. Baumel, t. II, Paris et Montpellier, 1889, in-8 de 352 pages. — II. Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac, par Emile Couturier, thèse de Paris, 1888. — III. De la diarrhée matinale, par Auguste Chauvet, thèse de Paris, 1888.

I. — M. Baumel vient de donner une suite au volume de Leçons cliniques, professées à Montpellier, sur les *Maladies de l'appareil digestif*, volume qu'il avait publié l'an dernier. S'occupant, dans la nouvelle série, des maladies des *Annexes*, il nous promet même de publier prochainement une troisième partie qui traitera des Parasites des voies digestives.

Sur la méthode générale d'exposition de M. Baumel, je n'aurais qu'à reproduire ce qu'en a dit ici-même M. Albert Robin, rendant compte du premier volume (*Gazette médicale*, 1888, p. 116).

C'est un livre d'une lecture facile et dans lequel la variété des sujets traités ne saurait exclure l'intérêt. Il comprend 30 leçons subdivisées en 8 sections : 1° Maladies des dents; 2° maladies des glandes salivaires y compris les oreilles; 3° maladies du pancréas où l'on trouvera un aperçu suffisant de la théorie pancréatique du diabète sucré; 4° maladies des lymphatiques digestifs y compris le carreau; 5° maladies de la rate; 6° maladies du système porte; 7° maladies du foie et 8° maladies du péritoine.

On pourrait assurément faire des critiques sur l'importance relative de chacune de ces sections : ainsi, tandis que les ma-

ladies des dents occupent cinq leçons, la pathologie du foie se contente de trois, et lorsque les maladies du pancréas absorbent six chapitres, les maladies du péritoine sont réduites à une seule leçon. Mais nous préférons nous contenter de signaler l'utilité de cet ouvrage, et de noter que le deuxième volume est plus au courant des travaux modernes que le précédent. Les leçons qui le composent ont été en effet professées en 1887, tandis que celles qui remplissent le premier volume l'avaient été en 1884.

II. — M. E. Couturier, élève de M. Legroux, a cherché à élucider, dans sa thèse inaugurale, la question des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac. Ces deux états morbides, en effet, et tout praticien attentif a pu le constater, coexistent fréquemment, se compliquant mutuellement sans qu'il soit toujours facile de déterminer lequel tient l'autre plus spécialement sous sa dépendance. Ce travail s'appuie sur 17 observations dont 8 sont personnelles à l'auteur, mais en somme peu démonstratives. Presque toutes d'ailleurs sont incomplètes, et dans sept cas, on ignore quel a été le résultat du traitement. Concurremment, avec le régime sec, conseillé par le professeur Bouchard, on devrait recourir aux solutions d'acide chlorhydrique (à 4 p. 1000). On n'y a cependant pas eu recours dans toutes les observations rapportées par M. Couturier, dans la onzième par exemple, où une amélioration notable est néanmoins signalée.

Quant au traitement ferrugineux, il ne viendrait qu'à titre d'adjuvant, et seulement lorsqu'on aurait déjà préparé l'estomac à recevoir et à tolérer les matériaux.

III. — *La diarrhée matinale* méritait-elle les honneurs d'un travail spécial ? M. Auguste Chauvet, sur les indications du Dr Ollive, professeur suppléant de clinique à l'École de Nantes, l'a pensé.

Cette diarrhée matinale n'est, en somme, qu'une des manifestations de ce que l'on connaît sous le nom de dyspepsie des buveurs. Cependant, toutes les observations de l'auteur (au nombre de six seulement), se rapportent à des femmes qui, toutes, ont été améliorées par un régime sec. Aussi, M. Chauvet conclut-il que, dans l'immense majorité des cas, cette diarrhée a pour cause une indigestion périodique produite par la stagnation pendant la nuit, des aliments dans la cavité stomacale, stagnation favorisée elle-même par une inaptitude particulière de l'intestin à digérer les liquides (dyspepsie des liquides de Chomel). Peut-être aussi, dans certains cas, cette diarrhée ne peut-elle être attribuée à une influence encore inconnue. Quant à sa périodicité, elle s'expliquerait par le sommeil, bien que l'auteur refuse d'accorder à cet acte physiologique le rôle prépondérant et actif que lui accordait Noël Gueneau de Mussy.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN

Mortalité des marins et soldats français dans les colonies. — Amélioration des services hospitaliers. — Plaies pénétrantes de l'abdomen. — Les crampes professionnelles.

La statistique présentée par M. Lagneau à l'Académie de médecine sur la mortalité de nos marins et de nos soldats dans les colonies présente un haut intérêt. Les éléments en sont sans doute difficiles à recueillir et l'on ne saurait demander une précision mathématique aux résultats produits. Ces résultats, que des recherches ultérieures pourront corriger ou compléter, n'en méritent pas moins de fixer l'attention des économistes et des hommes d'État. Quand on envoie des troupes dans les pays d'outre-mer ou que, pour coloniser ces pays et enrichir ainsi la mère-patrie, on fait appel à l'émigration, il n'est pas indifférent de connaître la nature et l'étendue des dangers auxquels on expose marins, soldats et colons, car il est du devoir des gouvernants de chercher à atténuer ces dangers dans la plus grande mesure possible. Ainsi qu'on l'a dit et répété avec raison, la vie d'un homme est un capital qu'une bonne économie sociale doit partout et toujours s'efforcer de sauvegarder.

Les circonstances qui concourent à accroître ou à diminuer la mortalité dans les colonies sont nombreuses; à côté de celles qui tiennent aux conditions climatériques, telluriques, aux endémies ou aux épidémies, il en est qui dépendent des conditions hygiéniques dans lesquelles les hommes sont placés, des travaux, des fatigues qu'on exige d'eux, conditions qui les prédisposent à subir plus facilement l'influence néfaste du climat et contribuent en même temps à leur enlever une partie de leur force de résistance. C'est sur ces dernières conditions que l'on peut et que l'on doit tout d'abord agir. Le Tonkin semble, sous ce rapport, offrir un champ d'action qu'on ne saurait trop recommander à ceux qui nous gouvernent.

Il ressort en somme, du travail de M. Lagneau, cette pensée consolante que, dans la plupart de nos colonies, sinon dans toutes, la morbidité et la mortalité tendent à diminuer : il n'y a donc qu'à persévérer et à redoubler de soins et d'activité dans une voie déjà ouverte.

— Cette amélioration que M. Lagneau désire voir grandir dans les conditions hygiéniques de nos colonies, on est heureux de la constater dans le milieu même où nous vivons, en particulier dans nos services hospitaliers. Se faisant, au sein de la Société médicale des hôpitaux, l'interprète des efforts réalisés par l'administration de l'Assistance publique, M. Millard a fait connaître l'emploi que le Conseil de surveillance a décidé d'une somme de 500,000 francs, mise à sa disposition par le ministère de l'Intérieur. Cette somme servira : 1° A envoyer, à titre d'essai, des enfants scrofuleux dans des stations thermales ou maritimes; 2° à remplacer les étuves à désinfection par des appareils perfectionnés de MM. Geneste et Herscher; 3° à améliorer le mobilier des services des hôpitaux. Ce n'est là, il faut bien le reconnaître, qu'une tentative d'amélioration, car la somme de 500,000 francs est infiniment exiguë eu égard aux réformes à effectuer. Mais les bonnes intentions doivent être enregistrées et encouragées; c'est à ce titre que nous avons cru devoir une mention à celles dont l'administration vient de donner un premier témoignage.

— Nous vivons à une époque où le revolver joue un certain rôle dans nos relations sociales, et où par conséquent les plaies pénétrantes de l'abdomen sont d'observation en quelque sorte courante. Malgré la multiplication des cas de ce genre, la conduite à tenir par le chirurgien, n'est pas encore parfaitement tracée. Parmi les faits observés, les uns plaident en faveur de l'intervention, les autres de l'abstention. Ce qui s'en dégage le plus nettement c'est que, lorsqu'il y a lieu d'intervenir, on ne saurait le faire trop tôt. C'est cette intervention hâtive qui a donné à une statistique américaine (27 guérisons sur 69 laparotomies pour plaies de l'intestin), des résultats si beaux. La question revient de temps en temps et est revenue, dans les deux dernières séances, à l'ordre du jour de la *Société de chirurgie*. Au milieu des divers avis exprimés, l'opinion qui a semblé prépondérante est celle de M. Terrier, qui, s'inspirant de la pratique des chirurgiens américains qu'il a vus à l'œuvre et de l'immunité de plus en plus grande de la laparotomie, serait volontiers disposé à conseiller dans tous les cas l'intervention immédiate.

— L'exercice d'un grand nombre de professions donne lieu à ces spasmes fonctionnels ou crampes professionnelles dont la crampe des écrivains est restée le type. C'est ainsi qu'on

trouve décrites, dans les auteurs, les crampes des pianistes, des violonistes, des télégraphistes, des photographes, des horlogers, des cordonniers, des tailleurs, des couturières, des cigarières, des laitières, des forgerons, des danseurs, etc., M. Féré a communiqué à la Société de biologie une observation de crampe des flûtistes. Quand le malade voulait se servir de son instrument, il éprouvait, dans les trois derniers doigts de chaque main, une crampe douloureuse qui s'étendait à la fois aux fléchisseurs et aux extenseurs des doigts. Les spasmes ont à peu près disparu sous l'influence du massage et de l'hydrothérapie.

M. Remak a présenté de son côté, à la Société de médecine interne de Berlin, une femme atteinte de la *crampe de la traite* ou *des laitières*. Quand cette femme veut traire ses vaches, la main est convulsivement fermée, le pouce fléchi en dedans. Elle a dû cesser son travail.

On sait que la pathogénie de ces crampes professionnelles est encore fort obscure; elle a divisé les auteurs en deux camps, les uns avec Duchenne (de Boulogne) admettant une origine centrale des accidents, les autres, avec Poore, une origine périphérique.

M. Féré, de ce que son malade a guéri sans repos, conclut que les crampes professionnelles ne se montrent que chez des prédisposé et ne sont pas en rapport avec la fatigue locale des organes. M. Brown-Séquard, à l'appui de cette opinion qu'il partage, cite le cas d'un journaliste qui, atteint de la crampe des écrivains à la main droite, est pris successivement des mêmes accidents à la main gauche et au pied, en essayant de suppléer par ces organes à la main droite. M. Dumontpallier a observé un malade qui ressentait la crampe dans la main droite quand il essayait d'écrire de la main gauche. Ce fait de mouvements associés ou synergiques, signalé par Dutherme, trouve mieux évidemment son explication dans l'hypothèse de l'origine centrale que dans celle de l'origine périphérique du spasme fonctionnel.

D'autre part, en présentant sa malade, M. Remak fait observer que, chez elle, la sensibilité est notablement diminuée aux mains, surtout dans le domaine du médian, où les réactions électriques sont également modifiées, et il en conclut à une névrite périphérique de ce nerf comme cause des accidents, névrite consécutive au surmenage de la main.

Les deux faits précédents contribuent ainsi à accentuer la divergence d'opinions signalée plus haut. Il serait facile, sans doute, de faire de l'éclectisme; mieux vaut attendre de nouvelles observations.

D[r] F. de Ranse.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de « Pinus Pumilio » dans le traitement de la diphthérie. — Depuis quatre ans, j'ai recours, comme à un auxiliaire puissant dans le traitement de la diphthérie, aux vaporisations et aux inhalations chaudes d'essence de *Pinus Pumilio*.

Je suis convaincu que, par ces vaporisations et ces inhalations, on peut prévenir un grand nombre d'affections diphthériques et que, lorsque la trachéotomie a été jugée nécessaire et a été effectuée, il n'est pas possible de voir se reproduire les complications qui compromettent quelquefois l'opération la plus heureuse.

C'est ainsi que, pendant les mois de février, mars, avril et mai 1885, alors que, dans le département du Nord où j'exerce, une véritable épidémie de croup et d'angine scarlatiniforme sévissait, j'ai pu; sur trente-deux cas soignés, obtenir trente-deux guérisons avec ou sans trachéotomie. Et, chose à remarquer, ces guérisons ont toujours été sans aucune des complications que j'avais eu à combattre, lorsque, les années précédentes, j'opérais sans l'aide des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de *Pinus Pumilio*. De mes trente-deux observations, je détache les suivantes :

Obs. XII. — Arthur B..., âgé de trois ans et demi, atteint du croup, est soumis, dès le début, aux inhalations d'essence de pin (inhalations obtenues à l'aide d'un vaporisateur Reiner ou autre, placé sur une table, à côté du lit, et projetant, nuit et jour, une poussière d'eau chaude chargée d'essence). Le quatrième jour, l'opération devenue nécessaire est pratiquée. Plus que jamais, les vaporisations sont continuées. Et, au huitième jour, sans aucun encombre, le petit malade sort de sa chambre, entièrement guéri. Depuis, Arthur B... n'a pas eu le moindre rhume, la moindre gêne de respiration, la moindre altération de la voix.

Obs. XXI. — Jeanne M... est atteinte de la même affection croupale que son jeune camarade Arthur B... Même opération, même traitement. Guérison complète au neuvième jour.

Obs. XXVII. — Lucien L..., âgé de treize ans, élève du lycée de Lille, contracte une angine diphthérique, caractérisée par de fausses membranes grisâtres tapissant les amygdales et d'une épaisseur de 2 ou 3 millimètres. Inhalations directes toutes les demi-heures, pendant une dizaine de minutes chaque fois. Au troisième jour, apparition d'une éruption de scarlatine, avec développement considérable des glandes sous-maxillaires et des amygdales. Sous l'influence des inhalations, les fausses membranes se détachent facilement vers le quatrième jour. Enfin, l'angine disparait entièrement et la scarlatine suit son évolution classique jusqu'à la convalescence.

Obs. XXIX et XXX. — Deux sœurs de Lucien L.., l'une âgée de vingt-deux ans, l'autre de neuf ans, contractent l'affection dont leur frère est atteint. Même marche du mal, mêmes manifestations. Même traitement et même succès.

Les années précédentes, alors que j'opérais sans me servir des vaporisations d'essence de *Pinus Pumilio*, je n'obtenais jamais des succès d'une telle promptitude et d'une telle sûreté. Et, depuis, non seulement pour la diphthérie, mais même pour les plus simples maux de gorge, je recours à mes vaporisations d'essence de pin, dont je recommande l'essai à mes confrères.

Dans ces différents cas, le produit auquel j'ai eu recours est l'essence de pin d'Autriche de Joseph Mack, essence, entre parenthèses, improprement dite d'Autriche, puisqu'elle dérive du *Pinus Pumilio* et non du *Pinus Austriaca*.

(*Gaz. des hôpitaux*). D[r] E. Dubois.

NOTES ET INFORMATIONS

— Association mutuelle de la Seine. — Cette Association a tenu son assemblée générale annuelle, dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'an dernier, l'Association comprenait 76 membres et sa fortune était de 6.721 francs. Cette année le nombre de ses membres s'est élevé à 147, et son capital à 15.800 francs. Pendant les deux premières années, les recettes ont été de 20.259 francs; les dépenses de 4.902 fr. 75 c. dont 3.290 francs répartis entre plusieurs confrères pour journées de maladie. Il reste en caisse 16.000 francs. Ces chiffres ont une éloquence qui dispense de tout commentaire.

— Quatre nouveaux médecins au Sénat d'Italie. — Viennent d'être nommés sénateurs, le D[r] Minich, président de l'Athénéum vénitien; le professeur Durante, de Rome (chaire de clinique chirurgicale); Todaro, professeur d'anatomie à Rome, et le professeur de clinique médicale de Naples, A. Cantani.

— Prix académique. — L'Académie médico-chirurgicale espagnole met au concours les questions suivantes pour l'année 1889 :

1° Etude critique de médications antiparasitaires, tant en médecine qu'en chirurgie et en obstésrique (250 pesetas);

2° Examen critique de la lithotritie, de la lithotomie, de la litholopaxie et de la cystotomie périnéale et sus-pubienne (750 pesetas).

Le concours sera clos le 15 septembre prochain. Les mémoires peuvent être écrits en espagnol, en portugais, en français, en italien, en anglais ou en allemand.

— Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques. — La dixième session de ce Congrès se tiendra à Paris du 19 au 26 août 1889, au Collège de France, sous la présidence de M. de Quatrefages, membre de l'Institut. Le prix de la souscription est de 12 francs et doit être versé entre les mains du trésorier du Congrès, M. le Baron de Baye, 58, avenue de la Grande Armée. Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M. Hamy, 40, rue de Lubeck. Voici les questions proposées par le Comité d'organisation :

I. — Crensement et remplissage des vallées, remplissage des cavernes dans leurs rapports avec l'ancienneté de l'homme.

II. — Périodicité des phénomènes glaciaires.

III. — L'art et l'industrie dans les cavernes et les alluvions. Valeur des classifications paléontologiques et archéologiques appliquées à l'époque quaternaire.

IV. — Relation chronologique entre les civilisations de la pierre, du bronze et du fer.

V. — Relations entre les civilisations de Hallstalt et des autres stations danubiennes et les civilisations de Mycènes, de Tirynthe, d'Issarlik et du Caucase.

VI. — Examen critique des crânes et ossements quaternaires signalés dans les quinze dernières années. Eléments ethniques propres aux divers âges de la pierre, du bronze et du fer dans l'Europe centrale et occidentale.

VII. — Survivances ethnographiques pouvant jeter quelque lumière sur l'état social des populations primitives de l'Europe centrale et occidentale.

VIII. — Jusqu'à quel point les analogies d'ordre archéologique ou ethnographique peuvent-elles autoriser l'hypothèse de relations ou de migrations préhistoriques?

— Les jeudis de l'hopital Saint-Louis. — Les médecins de l'hôpital Saint-Louis viennent de réaliser une heureuse idée. Ils se réunissent tous les jeudis, vers 9 heures 1/2, dans l'amphithéâtre de clinique de M. Fournier, et là, chacun à tour de rôle, présentent les malades dont les cas leur ont paru les plus intéressants, exposent l'observation de ces malades, et font connaître leur avis personnel sur les points qui méritent de fixer plus particulièrement l'attention. Les assistants voient ainsi défiler sous leurs yeux, dans l'espace de temps d'une leçon, ce qu'on pourrait appeler le *dessus du panier* de la vaste clientèle de Saint-Louis.

— Le béret des étudiants. — *Multa renascuntur quæ jam cecidere :* au nombre de ces résurrections figure le *béret* que les étudiants français, délégués aux fêtes du huitième centenaire de l'Université de Bologne, ont rapporté d'Italie. Ce n'est pas que l'exhumation de la coiffure moyen âge ait eu lieu sans quelque encombre dans la Péninsule ; récemment encore elle a soulevé à Padoue et à Florence des incidents assez graves, entre étudiants et officiers d'une part, de l'autre entre étudiants partisans et adversaires du béret. Quoi qu'il en soit, la coiffure en question paraît définitivement adoptée et servira sans doute d'emblème de ralliement au grand meeting d'étudiants qui doit se tenir prochainement, dit-on, à Turin, pour poser les bases d'une fédération des étudiants italiens.

En France, où des monômes ont comme consacré la résurrection du béret, celui-ci s'est promptement répandu de Paris aux autres centres universitaires : Lyon, Lille, Montpellier, Bordeaux, avec quelque variante de forme et de couleurs, ont adopté l'ancienne coiffure. A Montpellier, où Rabelais a fait ses études médicales, c'est la toque de l'auteur de Gargantua qu'on a choisie. Bordeaux, dans un bal de charité récemment organisé par les étudiants, a arboré le béret de velours avec galon grenat pour les étudiants en médecine, galon écarlate pour la Faculté de droit, galon jaune pour les lettres, rose clair pour les sciences, vert pour la pharmacie, violet pour le notariat.

Création d'un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose. — Tous ceux qui s'intéressent à l'œuvre de la tuberculose apprendront avec grand plaisir qu'elle vient de recevoir d'un riche et généreux industriel, M. Jules Lebaudy, et par l'entremise de notre excellent confrère, le docteur Paquelin, la grosse somme de dix mille francs.

Si, guidés par leurs médecins, les millionnaires, qui ne sont pas très rares, suivaient cet exemple, l'œuvre pourrait, dans un avenir prochain, mener de front les recherches scientifiques et les applications pratiques, et, pour le grand bien de l'humanité, ériger un pendant à l'Institut Pasteur.

La juste reconnaissance due aux donateurs opulents doit s'étendre aux souscripteurs plus modestes, mais non moins dévoués et tout aussi confiants dans l'avenir.

Vingt-quatrième liste.

M. Jules Lebaudy	10.000 fr.	
M. Germeau	500	
M. le professeur Grancher	250	
M. le professeur Villemin	100	
M. Leblanc	100	
Ville de Limoges	200	
— d'Angers	200	
— de Saint-Cloud	100	
— de Choisy-le-Roi	100	
Commune de Tanneron	51	
— de Saint-Maurice	50	
— de Sefra	49 fr.	35
— de Guingamp	25	
— de Dreux	20	
— de Seignelay	20	
— de Romainville	20	
— de Feuillade	11	
— de Mazé	10	
— de Bazeille	7	77
— de Roche-Vanneau	7	
— de Saint-Genes-de-Blayac.	5	

Souscriptions recueillies par le Crédit foncier

Commune de Noisiel	50 fr.	140 fr. 50
— de Penthièvre	37	
— de St-Jean-d'Angely.	25	
— de Montmagny	10	
— de Bassancourt	10	
— d'Arc-sur-Montenos.	5	
Mme Littand, 2 fr., Boulonnois, 1 fr.	3	
Anonyme	0 50	

Total	11.966 fr. 62
Montant des listes précédentes	62.690 22
Total général	74.656 fr. 84

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Un concours pour dix places d'agrégés (section de chirurgie et acconchements) s'onvrira à Paris, le 1er mars 1889.

Ces agrégés seront répartis de la manière suivante entre les différentes Facultés ci-après désignées :

Pathologie externe : Paris, 3; Bordeaux, 1; Lille, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1. — Accouchements : Par s, 1; Bordeaux, 1; Lille, 1.

Les candidats s'inscriont chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Juges titulaires : MM. Verneuil (président), Trélat, Le Fort, Duplay, Tarnier, Ollier (de Lyon), Lannelongue (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gaulard (de Lille).

Juges suppléants : MM. Reclus, Panas, Budin, Pinard.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Variot, préparateur des travaux pratiques d'histologie, est nommé chef adjoint desdits travaux, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889.

M. Vignard est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. le docteur Hache, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan est nommé aide de clinique des maladies des vieillards.

Ecole de médecine de Besançon. — Par décret, il est créé une chaire de physique.

La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants est transformée en chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

Sont nommés chefs de clinique : MM. les suppléants Roland (*médecine*); Heitz (*chirurgie*) et Bolot (*obstétrique*).

Ecole de médecine de Besançon. — Par décret en date du 6 février : 1° il est créé une chaire de physique à cette école; 2° la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologique. M. le Dr Magnin, chargé de cours, est nommé professeur d'histoire naturelle. M. le Dr Charbonnel-Salle, professeur de zoologie et de hotanique est nommé professeur de physiologie.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le Dr Gautrelet a donné sa démission de directeur de l'Ecole et a été nommé directeur honoraire.

M. le directeur Deroye professeur de clinique interne, est nommé directeur en remplacement de M. le Dr Gautrelet, démissionnaire.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Gournaud est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Coreil, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Angers. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est transformée en chaire de chimie ohstétricale et gynécologique.

École de médecine de Poitiers. — M. le Dr Brossard est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le Dr Chrétien est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Pozzi est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique ohstétricale.

M. Topsent, docteur ès sciences, est chargé d'un cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Lemoine, démissionnaire.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Biarnès, licencié èssciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours.

***

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 25 mars prochain.

Le registre d'inscription sera onvert dn 25 février an 11 mars.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'onvrira le 6 mai prochain.

Le registre d'inscription sera onvert dn 1er au 17 avril.

— Le jury provisoire dn concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le mercredi 27 février 1889, est ainsi composé: MM. Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Lacombe, Potain, Desnos, Labadie-Lagrave, Richet.

***

Congrès. — Le ministre du commerce vient de nommer les membres des comités d organisation des deux Congrès internatioaux suivants qui doivent avoir lieu à Paris pendant l'Exposition universelle de 1889.

Congrès de médecine mentale. — MM. Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Aug. Voisin.

Congrès de psychologie physiologique. — MM. Brissand, Charcot, Ferrari, Gley, Magnan, Marillier, Ochorowicz, Ribot, Ch. Richet, Ruault, Sully-Prudhomme et Taine.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée annuelle de l'Association, qui devait avoir lieu le 28 avril 1889, est retardée de deux semaines à cause de l'Exposition; les séances se tiendront le dimanche 12 et le lundi 13 mai.

***

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — Par décision ministérielle du 26 décembre 1888, le prix du trousseau des élèves de l'école du service de santé militaire de Lyon, qui seront admis comme candidats à quatre inscriptions, a été fixé à 1000 francs.

Le prix du trousseau sera réduit à 897 fr., pour les élèves reçus comme candidats à huit inscriptions, et à 868 fr. 65 pour les élèves reçus comme candidats à douze inscriptions.

***

Service de santé des prisons de la Seine. — Par arrêté du Président du conseil, Ministre de l'intérieur, le personnel du service de santé des prisons de la Seine a été constitué comme suit : *Palais de justice (conciergerie et dépôt)* : 1 médecin; *Mazas* : un médecin; *Santé* (maison d'arrêt et correction) : 2 médecins, 2 internes en médecine, 1 infirmier-pharmacien, 1 interne pharmacien; *Sainte Pélagie* : 1 médecin. *Petite Roquette* et *Grande Roquette* : 1 médecin; *Saint Lazare*, infirmerie spéciale : 5 médecins ou chirurgieus, 2 médecins ou chirurgiens suppléants. Infirmerie normale : 1 médecin, 3 internes en médecine, 2 pharmaciens infirmiers, 1 interne pharmacien. *Nanterre* : 1 médecin. L'indemnité allouée est de 1500 fr. pour les médecins ; 600 fr. pour les internes pharmaciens.

***

— Par arrêté du Ministre de la guerre, il est formé une commission pour l'étude des procédés de conservation des viandes par le froid. Font partie de cette commission, MM. les Drs Berthelot, Bourneville, Brouardel et Schindler.

— Il est créé un laboratoire de psychologie physiologique à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles).

M. le Dr Beaunis est nommé directeur dudit laboratoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Mlle Edward. De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses.

M. Rollin Fistules néphro-cutanées.

Mlle Chopin. Elimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins.

M. Dubarry. Contribution à l'étude de la vie des microbes pathogènes dans l'eau.

M. Albarran. Reins des urinaires.

M. Baillé. Etude botanique et thérapeutique de l'hystériomia B.

M. Boiron. Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale. (Le délire des paralytiques généraux et des faibles d'esprit).

M. Guinon. Troubles urinaires de l'enfance.

M. Gannet. Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux.

M. Castan. Currettage de l'utérus dans les rétentions placentaires.

M. Chopard. Néphrite gravidique.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Bulletin de la phtisie pulmonaire, par les Drs A. Filleau et Petit Troisième année, n° 5, juin 1888. In-8 de 90 pages. Prix : 5 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Traité des maladies des pays chauds, Région rétropicale, par les Drs A. Kelsch et P.-L. Kiener, médecins principaux de l'armée. Paris, 1889, 1 fort vol. grand in-8 avec 36 figures et 6 planches chromolithographiées. Prix : 24 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

L'examen de la vision, devant les conseils de révision et de réforme dans la marine et dans l'armée, et devant les commissions des chemins de fer, par le Dr A. J. C. Barthélemy, directeur du service de santé de la marine à Brest. Paris, 1889, 1 vol. in-16 de 336 pages avec figures et 3 planches coloriées : 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Guide Rosenwald. Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, 3e année, 1889, 1 vol. in-13 de 868 pages : 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 3 AU SAMEDI 9 FÉVRIER 1889.

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 36. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 33. — Autres, 1. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8.— Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë, 33. — Bronchite chronique, 46. — Broncho-pneumonie, 25. — Pneumonie, 72. — Gastro-entérite des enfants Sein, 8 — Biberon, 39. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5. — Fièvre et péritonites puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 26. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 19. — Total : 1013.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 62, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

LA MALADIE DE WEIL.

(Suite) (1)

— En 1887, un médecin de Prague, M. Haas, a publié dix observations qu'il a données pour des exemples de la nouvelle maladie infectieuse décrite par M. Weil. Dans tous ces faits, on a noté comme symptômes constants : de la fièvre, de l'ictère, de la céphalalgie, des troubles gastriques, enfin une manifestation qui n'avait pas été signalée jusqu'alors, et dont il sera encore question plus loin, à propos d'un travail de M. Fiedler; il s'agit de douleurs musculaires localisées surtout dans les mollets. Autre point à mettre en relief : la tuméfaction et l'endolorissement du foie n'ont été observés qu'exceptionnellement, chez les malades de M. Haas. L'albuminurie a été constatée chez la plupart des malades, mais non chez tous. Un malade a eu de l'herpès. Enfin, il ne sera pas superflu d'ajouter que la recherche des spirilles (fièvre récurrente) dans le sang des malades n'a donné que des résultats négatifs.

Les faits relatés par M. Haas ont été observés dans le laps de temps compris entre le 25 juillet et le 15 août 1887 ; pendant cette même période, la fièvre typhoïde régnait à Prague, à l'état d'épidémie. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, les salles de l'hôpital de Prague renfermaient, à cette époque, à la fois des cas de fièvre typhoïde bien caractérisée, des cas de fièvre typhoïde se rapportant à la forme abortive de cette maladie, et enfin les dix cas que l'auteur met en parallèle avec ceux publiés par M. Weil. Je reviendrai plus loin sur les raisons qui ont déterminé M. Haas à rattacher les faits de ce dernier groupe à la fièvre typhoïde, à y voir des exemples d'une forme abortive et bilieuse de la dothiénentérie (typhus abdominalis abortivus biliosus).

— Déjà en 1876 et 1878, M. Fiedler avait observé à l'hôpital de Dresde un certain nombre de faits cliniques réalisant une symptomatologie qui ne se rapportait à aucune des maladies jusqu'alors décrites. En l'état des choses, le diagnostic avait été laissé en suspens. Les faits en question avaient été relevés avec soin, sous la rubrique : *Ictère fébrile, maladie infectieuse aiguë de cause inconnue*, dans l'espoir qu'un jour ou l'autre la lumière se ferait sur la véritable nature de ces cas. A la lecture du mémoire de M. Weil, M. Fiedler fut frappé de la grande analogie qui existait entre ses observations, au nombre de 13, et celles publiées par le professeur de Heidelberg. Effectivement on peut se convaincre, à la lecture des faits relatés par M. Fiedler, que cette analogie est réelle. A titre d'exemple, nous allons donner la traduction fidèle d'une de ces observations.

Observation. — Fr. W..., 24 ans, boucher à Dresde, entré à l'hôpital le 2 juin 1881 (travaillait à l'abattoir central de Dresde). Le malade raconte que jusque dans les derniers temps il a joui d'une bonne santé. Le 30 juin, au réveil, il ressentait de la céphalalgie. Il essaya néanmoins de travailler, mais la céphalalgie

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

Des rêves morbides

CHAPITRE III.

RÊVES MORBIDES ESSENTIELS : LE CAUCHEMAR.

...... Con fantasmi di morte tremendi
Più che il vegliar mi don mortirio i sogni.
Alfieri
Mirra, acte III, sc. II.

Le cauchemar (Incube, éphiotte) est un rêve affectif dont le caractère principal est une perception d'étouffement ou de pesanteur sur la poitrine avec un vif désir de changer de place sans qu'il soit possible au patient de le faire.

« Eila, vesès le chancho vieio ?
« Per lo canon di chaminéio
« Davalo d'achoun sur l'estomac relént
« De l'endourmi que se revésso ;
« Mudo, seï agrauvo, l'ouprésso
« Cou me uno tourré, e i entravisso
« Di l'oonge que fun afre e dé pontai doulént ».

Mistral-Mireio.
Poème provençal.

Le malheureux livré au cauchemar est en proie à une angoisse, à une anxiété extrêmes, et cependant la respiration conserve son type physiologique ; il lui semble qu'un danger imminent le poursuit. — S'il veut appeler à son secours, sa voix meurt étouffée dans sa gorge ; — s'il veut fuir, il reste cloué sur place ou bien s'il parvient à s'enfuir c'est à travers des précipices effrayants où l'ennemi qu'il fuit à tire d'aile le poursuit avec la même vitesse. — D'autres fois c'est un gouffre épouvantable, un souterrain mystérieux dans lequel il est entraîné par une force irrésistible, et enfin l'imminence du danger amène la crise. Alors il s'éveille plein de terreur, baigné de sueur, éprouvant un sentiment de malaise indéfinissable qui ne tarde pas à se dissiper.

Qu'il me soit permis de citer ici un fait de cauchemar tellement

s'exaspéra; de plus, vers le soir, le malade fut pris de crampes dans les mollets, et d'un état de malaise général tel qu'il dût se mettre au lit. Selles difficiles.

État présent : le malade est de constitution robuste, fortement musclé; le pannicule adipeux sous-cutané est modérément fourni. La peau et les conjonctives présentent une teinte ictérique bien nette. Fièvre élevée (40°,8); lèvres et langue desséchées, langue couverte de saburres.

L'exploration des organes thoraciques ne dénote rien d'anormal. Pas de douleurs spontanées dans l'abdomen, qui est modérément sensible à la pression. Sur la ligne mamillaire, le foie déborde le rebord des fausses côtes de 3 à 4 travers de doigt. A la palpation, la surface du foie se présente parfaitement unie. Augmentation d'étendue très manifeste de la zone de matité qui correspond à la rate; celle-ci est accessible à la palpation lors d'une inspiration profonde. Urine d'un rouge brun, ne renferme pas d'albumine. L'examen microscopique du sang n'a fait découvrir ni spirilles, ni autres micro-organismes. Prescription : sel de Carlsbad; vessie de glace sur la tête.

4 juillet. Le mal de tête a un peu diminué; nuit sans sommeil, agitée; dépression psychique; douleurs dans les mollets, très pénibles. L'urine renferme maintenant environ 1/10 à 1/6 d'albumine (en volume). A l'examen microscopique de ce liquide, on découvre de nombreux cylindres, teintés par de la matière colorante biliaire, tapissés en partie par des cellules épithéliales, avec quelques globules sanguins isolés Selles colorées en jaune, peu consistantes. Pouls plein. Pas de prurit cutané. Prescription : Mixture contenant de l'acide phosphorique. — T. 39°,8-39°,1.

Le 5. État subjectif un peu meilleur. Les muscles des mollets sont encore douloureux, surtout à la pression. Extérieurement on ne constate rien d'anormal dans la région des mollets. Céphalalgie moins intense. Constipation, malgré l'administration du sel de Carlsbad. T. 37°,9-39°.

Le 6. Le soir, la céphalalgie s'est de nouveau exaspérée. L'ictère a augmenté par rapport à ce qu'il était la veille. Soif très vive. Légères démangeaisons à la peau. T. 38°,6-39°,8.

Le 7. Amélioration de l'état général. Poids corporel : 62 kilogs. T. 38°,8-38°,2.

Le 8. La teinte ictérique de la peau a diminué. L'appétit, qui était très languissant, est revenu; la céphalalgie a disparu presque complètement. Mais le malade se sent toujours très faible, très abattu. Sur la poitrine, sur la partie inférieure du dos, aux membres supérieurs et inférieurs du côté de l'extension, la peau est le siège d'une rougeur diffuse; cette zone érythémateuse est parsemée de saillies ponctiformes. En certains points, on découvre de petites vésicules remplies d'un liquide jaunâtre. Cette éruption s'accompagne d'un prurit assez intense. La figure et les jambes ne sont pas intéressées.

Le 11. Dans le courant de la journée, l'éruption a un peu pâli; les petites vésicules se sont desséchées. L'état général et l'appétit sont bons. Selles normales. L'urine contient encore un peu de matière colorante biliaire et des traces d'albumine. Le foie et la rate sont encore toujours augmentés de volume.

Le 13. Le malade est descendu dans le jardin, sans permission. A la suite de cette incartade, il a eu de nouveau un mouvement de fièvre (T. 38°,7). L'ictère est moins accusé. Le foie a manifestement diminué de volume. La rate n'est plus accessible à la palpation.

Le 14. Poids corporel : 64 kilogrammes. T. 37°,8-38°,3.

Le 15. Le malade se sent toujours faible. Néanmoins il demande à quitter l'hôpital pour se faire soigner dans sa famille. L'ictère a disparu presque complètement ; la langue est encore un peu chargée; le foie a toujours des dimensions un peu au-dessus de la normale.

Les douze autres observations de M. Fiedler reproduisent, à quelques détails près, la symptomatologie de la précédente. Je me bornerai à faire ressortir les particularités notées à la lecture de ces observations.

Chez 6 sujets sur 12, la maladie a débuté par un frisson presque toujours violent. Tous les malades ont eu de la fièvre et chez la plupart la température fébrile atteignit ou dépassa 40°; chez 2 seulement un nouvel accès fébrile est survenu dans le cours de la convalescence. La durée du stade fébrile a été de huit à dix jours ; la défervescence s'est toujours effectuée d'une façon progressive, embrassant une durée de quatre à huit jours.

Chez tous les malades de M. Fiedler, l'affection a débuté par des crampes dans les mollets ; quelques malades ont eu aussi des douleurs dans les lombes, dans les muscles du dos et de la nuque. Chez tous, les manifestations cérébrales : céphalalgie, vertiges, obnubilation des sens, ont figuré parmi les premiers symptômes. Quant au reste, le début a toujours été brusque, sans prodromes.

Les symptômes gastriques ont été constants ; deux ou trois malades ont eu des vomissements; les nausées étaient de règle, ainsi que l'anorexie. La plupart des malades ont eu de la diarrhée, d'autres ont présenté de la constipation; l'ictère a été

étrange qu'il ressemble à s'y méprendre à un conte fantastique d'Hoffmann. Il eut lieu chez un membre de ma famille auquel je laisse la parole : « Nous faisions un petit voyage en barque sur une rivière, ma fille, mon gendre, une cousine et moi, conduits par deux rameurs. C'était le matin par un jour blafard ; nous abordons sur la place d'une petite ville. Si vous voulez, disent les rameurs, vous mettrez pied à terre et vous traverserez ce grand bâtiment abandonné que vous voyez devant vous, de l'autre côté de la place. La barque ira vous attendre de l'autre côté. Cela nous fera une grande avance.

Nous descendons, et nous voilà engagés dans cette immense bâtisse. Ce n'était qu'une suite de longs corridors sans portes ni fenêtres et partout obscurs. Les rameurs allument deux bougies, s'emparent de ma fille qu'ils soutiennent aimablement sous les coudes, son mari la suit; ma cousine ensuite et moi qui ne sais pas marcher dans les ténèbres, je suivais avec peine, foulant une espèce de terre poussiéreuse. « Attendez-moi, je ne peux pas suivre, criai-je à chaque instant ». Mais eux accéléraient toujours la vitesse de leur marche. A un tournant ma fille tourna sa jolie tête vers moi, bien mise en lumière par les deux bougies, elle me cria gaiement comme pour me donner du courage « maman, maman.. », puis ils tournèrent le coude éloigné... puis... plus rien. Me voilà seule dans une angoisse inexprimable... Mon cœur me répétait « maman maman... » Ne sachant plus que faire, si je continue de marcher je ne sais où je vais, je me perds dans ce labyrinthe, je retourne sur mes pas, mais je me trompe et j'arrive à un renfoncement semblable à ces basses chapelles des églises. Derrière la grille un monsieur écrivait à la lueur d'une lampe à abat-jour; il avait l'air d'avoir là ses bureaux. — Monsieur, lui dis-je, avez-vous vu passer deux dames et un monsieur? « Non, madame, deux messieurs et une dame. » — « Ce n'est pas cela » et je passe triste à périr; je suis ranimée par la vue d'une petite lueur semblant venir du dehors, la bas là bas, tout au fond une vive querelle de femme, s'engage ; des voix jeunes criaient : nous ne voulons plus rester à votre service ; laver tout le jour et gagner si peu; nous en sommes lasse... à la fin. « Eh bien ! partez » — c'est ce que nous faisons. — Quel bonheur! je vais me mêler à elles et sortir avec elles. C'est ce que je vis et me voilà de nouveau sur la

constant; deux fois seulement il a coïncidé avec une teinte argileuse des matières fécales.

La tuméfaction du foie et de la rate a manqué dans 5 cas; en outre ces deux glandes étaient douloureuses à la palpation. Dans le reste de son étendue, l'abdomen n'était qu'exceptionnellement le siège d'une sensibilité anormale à la pression.

Les urines étaient, d'une façon générale, peu abondantes; l'albuminurie a manqué 4 fois sur 13, et elle a toujours cessé à l'époque où tombait la fièvre. On a toujours constaté la présence de la matière colorante biliaire dans les urines, chez les malades qui ont présenté un ictère prononcé.

Enfin, la maladie a toujours entraîné à sa suite un amaigrissement très rapide; ainsi, chez le sujet de l'observation n° 3, la perte de poids corporel a été de 8 kilogs. 500 en l'espace de onze jours. En fait de symptômes insolites, je mentionnerai la survenance d'un herpès labial ou nasal chez trois malades, d'un érythème maculeux chez un autre, et d'un érythème noueux chez le sujet de l'observation n° 13; un malade a eu une violente épistaxis, au septième jour.

Avant de poursuivre cette exposition des faits, je crois devoir insister sur ce que les observations de M. Fiedler, tout en présentant une grande analogie avec celles de M. Weil, ne réalisent pas toutes d'une façon parfaite le syndrome décrit par le professeur de Heidelberg. Si tous ces faits se rapportent à une seule et même maladie, M. Fiedler a eu raison de prétendre que ni la tuméfaction de la rate, ni la tuméfaction du foie, ni l'albuminurie ne peuvent être considérées comme des manifestations pathognomoniques de ce qu'on est convenu de désigner en Allemagne sous le nom de «maladie de Weil». Enfin chez les malades de Fiedler, un symptôme constant, — les crampes dans les mollets et les douleurs musculaires, — a occupé dans le tableau morbide une place prépondérante, et dans le mémoire de M. Weil il n'en est pas dit mot.

Puis on relève dans les observations de M. Fiedler des particularités curieuses concernant l'étiologie de la maladie. Les malades de M. Weil appartenaient, on se le rappelle, à des professions très diverses; 9 cas sur 13, relatés par M. Fiedler concernent des garçons bouchers, tous attachés à un même établissement (abattoir central de Dresde) et deux autres malades attribuaient leurs accidents à l'ingestion de charcuterie suspecte. Tandis que jusqu'ici les exemples, plus ou moins authentiques, de la maladie nouvelle se rapportaient à des hommes, deux des cas de M. Fiedler concernent des femmes. Enfin, si la plupart des cas de M. Fiedler sont survenus pendant la saison chaude, circonstance notée comme constante par M. Weil, 4 fois la maladie a été observée à l'entrée de l'hiver.

— M. Hüber, d'Ulm, a publié, il y a quelques mois, 7 observations qui paraissent se rapporter à la nouvelle maladie décrite par Weil. Ces faits concernent des militaires admis en traitement à l'hôpital d'Ulm; dans tous, la symptomatologie a été la même, à quelques variantes près. La maladie débutait, sans cause appréciable, par des frissons, de la fièvre, de l'abattement, de l'anorexie, des nausées, de la céphalalgie, des douleurs vives dans les membres, des manifestations nerveuses graves, de la torpeur, de la somnolence, quelquefois aussi de la raideur de la nuque. La langue était fortement saburrale, l'arrière-gorge était le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction très prononcées. En général, les malades avaient de la diarrhée. Au bout de quelques jours, en même temps que le foie était devenu très douloureux, survenait un ictère plus ou moins prononcé. La tuméfaction de la rate n'a pas été constante. Chez tous les malades, les urines, d'un rouge foncé, contenaient de grandes quantités d'albumine. Plusieurs malades ont présenté, sur le tronc, une éruption de roséole. Du cinquième au huitième jour, la fièvre entrait en décroissance progressive, en même temps que se dissipaient les autres manifestations morbides. Dans 4 cas sur 7, il s'est produit une récidive, après un intervalle apyrétique de plusieurs jours de durée; cette rechute affectait des allures plus bénignes que la première attaque.

Tous ces faits ont été observés dans le courant de l'été; il a été impossible de découvrir un rapport étiologique quelconque qui leur fût commun. M. Hüber les considère comme des exemples de la maladie décrite par Weil, et il propose de leur donner le nom « d'ictère fébrile de Weil. »

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

LA KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE

Leçon clinique du professeur PANAS, rédigée par le Dr SEBILEAU, prosecteur des hôpitaux.

Messieurs, il y a trois sortes d'individus atteints d'inflammation de la cornée : 1° les *kératiques superficiels*; 2° les *kératiques moyens*; 3° les *kératiques profonds*. Voici les différences

---

place où nous avons débarqué. « Quand on s'apercevra de mon absence, me disais-je on viendra me chercher. »

Une dame âgée toute de noir vêtue s'avançait... Madame est-ce qu'il faut longtemps pour traverser ce bâtiment, lui demandai-je? « — » lequel? — Celui-ci. Mais, madame, on ne le traverse jamais. — Mais si, et je lui raconte notre histoire.

« Je ne comprends mot à ce que vous me dites, répondit-elle. — Mais c'est pourtant bien simple. Notre barque nous attend de l'autre côté. — « Mais, chère madame, qu'est-ce que vous me dites là; de l'autre côté est un horrible cloaque rempli de caïmans, de serpents et de monstres horribles qui grouillent dans cette peste et pas une créature humaine ne s'y aventure; un corps qui y serait jeté, disparaîtrait dévoré en une seconde. Mais j'y pense. Est-ce que votre gendre avait une sacoche en bandoulière? — Oui. Alors toute pâle... Ah! je m'explique, les misérables en entraînant la femme, ils savaient bien que le mari suivrait. C'est horrible. Tenez je m'en vais cela me rend malade de songer à ce qui se passe là-dedans en ce moment « — Je restai clouée d'horreur et prête à tomber, mais je me raidis. Que faire, il faut à tout prix appeler à l'aide. Je tremblais, mouillée d'une sueur froide et la gorge étranglée. Je lève les yeux et vois devant moi un grand établissement et, sur le fronton « Hôpital ». J'irai là, mon mari écrit beaucoup, il est connu de tous les médecins... ils me porteront secours, oui, mais ce serait trop tard peut-être... (ces bêtes affreuses... ce crime... ma fille... maman, maman... Cette chère voix qui retentit encore à mon oreille... Je la vois là-bas tournant la tête, m'appelant... et, ne pouvant soutenir l'excès de ma douleur, je m'écrie : non, c'est trop horrible, il n'y a rien de pareil sur terre... C'est un rêve épouvantable... il me faut absolument m'éveiller, et, par une violente secousse, je me retourne dans mon lit à demi-morte de peur; vite j'allume une bougie, je me lève et secoue cet horrible cauchemar! »

Voici un autre cas de cauchemar éprouvé par la même personne non moins remarquable que le précédent.

« J'étais assise dans une immense salle voûtée et entourée d'Arcades; de hautes baies l'éclairaient; dans les angles, des hommes vêtus comme on représente Raphaël, Michel-Ange, peignaient, drapés dans des manteaux noirs, leurs cheveux bouclés tombant

qui séparent leurs lésions. La cornée présente, sous un revêtement épithélial, une couche antérieure, anhyste : c'est la membrane de Reichert; elle appartient à la peau et à la conjonctive; elle fait partie du système dermique et se développe aux dépens de l'ectoderme; quand elle est malade, on dit qu'il existe une *kératite antérieure* ou *superficielle* : cette affection est souvent le corollaire de lésions conjonctivales ou cutanées de même nature.

Sous la membrane de Reichert, existe le tissu propre de la cornée : celui-ci se continue sans ligne de démarcation avec la sclérotique; l'un et l'autre sont de même nature; histologiquement semblables, ils diffèrent cependant par une disposition des couches qui rend l'un transparent tandis que l'autre est opaque, et par la composition chimique qui permet au parenchyme cornéen, non au parenchyme scléral, de donner de la chondrine par l'ébullition. Du reste, tous les deux dépendent du mésoderme : leurs lésions sont concomitantes; quand cette couche est malade, on dit qu'il y a *kératite moyenne, parenchymateuse* ou *interstitielle*.

En arrière du tissu propre, se trouve une membrane vitreuse, élastique, plus forte que l'antérieure (membrane de Demours), puis au dessous, un endothélium à une seule couche de cellules hexagonales; ces deux lames sont en continuité avec le tractus uvéal, l'iris, le muscle ciliaire, la choroïde. Aussi les uns et les autres ont-ils l'habitude de souffrir en même temps : cette variété de kératite porte le nom de *kératite pointillée* ou *ponctuée*.

Comme vous le voyez, Messieurs, les lésions des couches cornéales antérieures accompagnent les maladies du système cutanéo-conjonctival; les lésions des couches moyennes celles du système scléral; les lésions des couches profondes celles du système uvéal.

Cette notion est de la plus haute importance : elle va vous aider à comprendre l'histoire des kératites antérieures ou dermiques. Les kératites superficielles sont, de toutes, les plus fréquentes; celle qu'on observe le plus souvent est la *phlycténulaire*. La phlyctène qui la caractérise est de courte durée, souvent même elle passe inaperçue; aussi ne la faut-il pas trop chercher pour établir le diagnostic. Elle se perfore rapidement et laisse à sa place un léger dépoli épithélial dont il faut bien savoir reconnaître l'origine. Cette maladie est l'apanage de l'enfance et de l'adolescence ; elle se développe chez les individus âgés de trois à vingt-cinq ans; en dehors de ces limites, tenez-la pour très exceptionnelle. Aussi bien cette notion est-elle de la plus grande importance : l'adulte est souvent atteint d'une kératite à vésicules qui porte le nom d'*herpétique* et est bien différente de la précédente; beaucoup de médecins les confondent à tort l'une avec l'autre. Quand un homme de quarante ans environ présente une phlyctène véritable de la cornée, c'est toujours une récidive : c'est sur une nébulosité, reste d'une kératite ancienne développée dans les jeunes années, que le mal prend naissance; ainsi peuvent se manifester plusieurs poussées; mais quand un malade est atteint pour la première fois, à l'âge adulte, d'une kératite à vésicules, c'est toujours d'une lésion herpétique qu'il s'agit.

Parmi les jeunes gens et les enfants, ce sont les lymphatiques, les scrofuleux, les tuberculeux qui sont atteints; souvent ces malades ont des croûtes dans les fosses nasales, leur nez coule; sur les lèvres, les joues, les paupières, le front, le cuir chevelu, ils portent des éruptions impétigineuses; de leurs oreilles sort du pus séreux. Frappés de cette coïncidence, quelques auteurs ont nommé cette variété *kératite eczémateuse*; j'aime mieux l'appeler *kératite impétigineuse* ou *impetigo de la cornée*. Il n'est pas rare de voir la conjonctive souffrir, en même temps, de la même affection, quelquefois même elle est seule malade, la cornée restant intacte. Souvent les ganglions lymphatiques s'engorgent : c'est le ganglion préauriculaire ou bien les groupe facial, sous-maxillaire, parotidien, géniohioïdien; ces adénopathies peuvent même suppurer, et les enfants se présentent alors sous l'aspect si caractéristique et si connu des scrofuleux : de là est venu à la kératite phlycténulaire le nom de *kératite strumeuse*. A cet endroit, Messieurs, il faut faire une réserve : vous verrez cette maladie se développer chez des individus fort bien portants; que de rubéoliques en sont atteints! Ce n'est point alors de scrofule qu'il s'agit. La muqueuse conjonctivo-cornéale est atteinte comme celle de la trachée, des bronches, de l'intestin. Jamais, Messieurs, l'examen n'a permis de découvrir dans les lésions de la kératite phlycténulaire le bacille de Koch : or vous savez bien qu'aujourd'hui scrofule et tuberculose sont synonymes. On a donc, à mon avis, forcé la note. Ce qu'il faut dire, pour rester dans le vrai, c'est que les enfants mal nourris, soumis au froid et à l'humidité, privés des secours d'une bonne hygiène, manquant de soleil et de lumière, tous les affaiblis, en un mot, sont atteints par la kératite phlycténulaire. Chez les enfants de la classe élevée, qui sont mieux soignés, c'est encore ceux qui sont en déchéance vitale que la maladie frappe, ceux dont les parents sont vieux ou malades, ceux que fatigue

---

sur les épaules, assis sur de bas escabeaux; ils étaient absorbés dans leur peinture et ne faisaient nullement attention à moi.

« Deux hommes vêtus de rouge, debout, m'appellent en lisant mon nom sur une liste. — « Qu'est-ce que cela veut dire » — dis-je à un homme près de moi. — « C'est l'appel des condamnés, vous ne le savez pas ». — « Non, je ne sais ce que cela veut dire. » Je m'avance. Les deux hommes rouges se placent de chaque côté de moi et lisent : « Pour crime politique, condamnée à la peine de mort ». — Oh ciel! mais je vous jure qu'il y a erreur... je ne m'occupe pas de politique... « Oui, oui... c'est entendu .. c'est toujours la même chose, nous n'avons pas de temps à perdre... dépêchons-nous, l'un me montre une large épée bien tranchante, l'autre place près de ma tempe un revolver. « Vous avez le choix dites un mot, choisissez. Votre tête roulera par terre, ou on vous fera sauter la cervelle... » Dans une angoisse horrible, étouffant, je m'écrie d'une voix terrible. « Je suis de Nice, à moi les Niçois »,

Aussitôt se précipitent sur les bourreaux des hommes sortis de je ne sais d'où. C'est un tumulte d'un instant et je me retrouve seule, debout, délivrée, dans le silence de cette grande salle... Les peintres travaillaient toujours dans leur belle pose, inspirés, tranquilles. — Ne sachant que devenir je me retourne et je me trouve en face d'un chevalier moyen-âge, entièrement revêtu de son armure, casque en tête, visière baissée, aussi impassible qu'une statue, debout au pied d'un grand escalier qu'il semblait garder, la main sur sa hallebarde .. Que faire, monsieur, conseillez-moi dis-je, encore toute tremblante. « Je vous conseille, madame, de fuir au plus vite, ils vont rentrer et cette fois, ce sera fait de vous. » — « Mais fuir, par où, je ne sais même pas comment je suis ici... » « Ecoutez, faites ce que je vais vous dire. Je vais pousser la première barrière de cette rampe de l'escalier, une ouverture se fera, car cette marche tournera sur elle-même. Glissez-vous par cette ouverture. Allez toujours devant vous, au bout vous serez sauvée » et sans avoir l'air de faire un mouvement crainte d'être vu, sans perdre de sa rigidité, du bout de sa hallebarde il pousse ce barre u, l'ouverture se fait, je m'y glisse, tout se remet en place derrière moi et je me trouve dans une immense église pleine de monde que j'entendais sans voir, car j'était masquée par une séparation comme celles qui entourent le chœur des cathé-

le surmenage scolaire, ceux qu'affaiblit une croissance rapide, etc.

Tel est le terrain sur lequel se greffe la maladie ; quant à l'agent qui s'y ensemence, ce n'est point le bacille de Koch, c'est celui, non connu encore, de l'impetigo. Mon collègue Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a en effet démontré, comme vous le savez, que l'impetigo est inoculable. Ce fait vous explique, Messieurs, pourquoi la kératite phlycténulaire est si souvent une affection secondaire à l'impetigo de la face ; on la voit même succéder quelquefois à celui des fosses nasales, comme l'a démontré le Dr Angagneur ; le mal gagne alors le globe de l'œil par le canal nasal et le sac lacrymal. Et s'il vous fallait une preuve de plus de l'identité de ces deux affections (kératite et impetigo), je vous dirais que l'une et l'autre sont soumises aux mêmes poussées successives, aux mêmes rechutes, qui les font durer pendant des semaines, des mois et des années.

L'évolution de la kératite phlycténulaire n'est pas toujours la même. Quelquefois, la maladie est et reste toujours superficielle ; après l'évacuation de la vésicule, il reste un petit ulcère qui se vascularise, qu'on ne voit dans certains cas qu'à l'aide de la loupe, et qui se restaure en ne laissant d'autre trace qu'un petit nuage transparent (*néphélion*).

Dans d'autres cas, l'ulcération devient profonde, terne, jaunâtre ; il se développe un véritable ulcère purulent de la cornée, qui plus tard se déterge et se cicatrise après formation de vaisseaux ; il reste alors une tache plus sombre (*néphélion opaque*) qui finit par disparaître avec le temps.

Ailleurs, l'ulcération s'étend, la suppuration gagne en profondeur toutes les couches de la cornée et la perfore (phlycténules perforantes ou térébrantes) ; l'humeur aqueuse fait issue, la chambre antérieure se vide, l'iris se met en contact avec l'orifice cornéal et, après cicatrisation, adhère à la cornée (synéchie antérieure). Toutes les fois que vous constaterez l'existence d'une adhérence en face de l'opacité, vous pourrez affirmer qu'il y a eu perforation. Quand cette perforation dure longtemps, ce n'est pas seulement le petit cercle de l'iris qui tend à faire issue, mais bien le cristallin lui-même. Comme il est composé d'une membrane transparente, anhyste, non enflammable, il n'adhère pas ; aussi l'humeur aqueuse peut-elle se reformer, et repousser à sa place la lentille luxée en avant ; mais celle-ci s'opacifie, et une cataracte développée sur le point qui faisait saillie se développe secondairement (*cataracte polaire antérieure*). Quand l'orifice, au lieu d'être filiforme devient large, l'iris y passe, et y vient faire une saillie staphylomateuse ; un petit grain noir, pareil à une tête de mouche, apparaît à travers la perforation : il y a, du même coup, occlusion de l'orifice et étranglement de l'iris, qui prend, pour ainsi dire sa part à la restauration, si bien qu'une cicatrice noire se développe, au lieu d'une cicatrice blanche, ce qui est l'habitude.

Quand il y a eu perforation, il y a formation de tissu fibreux ; aussi jamais la transparence n'apparaît-elle, la cornée est à jamais opaque ; ce n'est plus le néphélion, ni l'albugo, *c'est le leucôma*.

Comme vous le comprenez, Messieurs, cette restauration ne saurait se faire sans l'intermédiaire des vaisseaux ; ce sont eux qui se chargent, pour ainsi dire, de l'organisation de l'ulcère ; leur présence est donc à la fois un bon et mauvais signe, puisque d'un côté, elle permet d'espérer la restauration, et que de l'autre, elle permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un ulcère profond dont la cicatrice sera opaque.

La kératite phlycténulaire occupe la couche sous-épithéliale de la cornée : c'est bien la dermite de la cornée. Iwanoff a démontré que la vésicule est constituée par de nombreux leucocytes, réunis en un petit foyer, entre l'épithélium et la membrane de Reichert. C'est une véritable vésication. Quand la phlyctène est périphérique, la présence des vaisseaux permet d'expliquer, par la diapédèse, l'origine des globules blancs ; mais quand elle est centrale, et qu'il n'y a pas encore, à cet endroit, de vaisseaux de nouvelle formation, l'interprétation est plus difficile. On peut cependant la donner aujourd'hui, grâce aux idées nouvelles, qui règnent sur la nutrition de la cornée. Dans les interstices de la cornée, circule le plasma sanguin avec des cellules migratrices. Quand il y a irritation, la circulation devient plus active : il y a un véritable afflux, sur le point excité, des leucocytes qui de la profondeur émigrent vers la superficie, en suivant les filets nerveux et leurs gaines lymphatiques. Ce sont les microbes de l'impetigo qui ici jouent le rôle de l'épine. Cette théorie de la phlyctène cornéale, Messieurs, est la vraie ; elle doit remplacer celle qu'a émise autrefois Hart, pour qui la vésicule ne serait autre chose qu'une accumulation de leucocytes venus de la conjonctive et infiltrés dans la cornée à la faveur d'une ulcération épithéliale. Comment pourrait-il en être ainsi puisque l'abcès précède l'ulcération ? Suivant le point où s'infiltrent les leucocytes, les lésions varient : quand la vésicule est superficielle, il y a simple chute épithéliale ; quand les cellules migratrices

---

drâles ; je baissais la tête pour ne pas être vue à travers les grilles et je marchais toujours rapidement et effrayée. Au bout de cette espèce de couloir, on m'arrête : « Où allez vous? » Ah ! laissez-moi passer, j'échappe à une mort horrible, et je raconte ce qui vient de se passer... « Vous êtes sauvée, délivrée, madame, Nous allons en remercier le Seigneur. Un homme fait un signe, et aussitôt l'église s'illumine comme par enchantement. Mille cierges brillent d'un vif éclat et je m'éveille dans cette apothéose ».

Pendant que se déroulaient ces deux drames lugubres du sommeil, la patiente n'avait pas dormi cinq minutes On dirait en vérité que le temps n'existe pas dans les rêves, la pensée s'y effectue avec une rapidité prodigieuse, égale peut-être à la vitesse de la lumière.

Pour vous en donner une idée je vous dirai, d'après Alfred Maury, de l'Institut, le rêve suivant : Cet académicien étant un jour malade et endormi, il lui tomba sur la partie postérieure du cou la flèche du lit où il était couché. Il se réveilla aussitôt, mais voici le rêve qu'il fit dans le très court intervalle qui se passa entre la chute de la flèche et le réveil. Il rêva de la terreur, il assista à des scènes de massacre, reparut devant le tribunal révolutionnaire, vit Robespierre, Marat, Fouquier-Thinville, toutes les plus sinistres figures de cette époque terrible, discuta avec eux ; enfin après bien des évènements, il fut jugé, condamné à mort, conduit en charrette, au milieu d'un concours immense, sur la place de la Révolution, monta sur l'échafaud, l'exécuteur le lia sur la planche fatale, la fit basculer, le couperet tomba et il sentit la tête se séparer de son tronc ; il s'éveilla et se trouva sur le cou la flèche du lit qui était tombée sur les vertèbres cervicales à la façon du couteau de la guillotine.

Le poète a donc raison de dire :

« Slumbering thought is capable of jears,
And curdles a long life into one hour. »
Byron, — The. *Dream*).

« Une pensée du sommeil est capable d'embrasser des années et de concentrer en une heure la plus longue vie ».

(*A suivre.*)

s'amassent dans les couches de cornée, il y a mortification des tissus et ulcère ; l'épanchement peut enfin se faire plus profondément : l'iris est alors atteint, et il y a *hypopion*.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur les symptômes de la kératite vésiculeuse: souvenez-vous seulement de la photophobie énorme qui l'accompagne. Elle suffit au diagnostic; et quand il y a un tel spasme des paupières que vous ne pouvez pas pratiquer l'examen, affirmez l'existence d'une kératite phlycténulaire. Cette photophobie, la disposition du plexus intra-épithélial de la cornée vous l'explique; aussi diminue-t-elle beaucoup quand les lésions portent sur le limbe, et disparaît-elle complètement quand la conjonctive seule est atteinte.

Cette kératite phlycténulaire, telle que je viens de vous la décrire, est quelquefois une maladie à longue portée; longtemps après sa guérison apparaissent quelquefois des troubles de nutrition de la cornée, de la sclérochoroïdite postérieure, de l'hypertonie tardive, ou bien du glaucome avec de la myopie due à l'exagération de tension des liquides. J'ai souvent été à même de constater ces accidents tardifs qui ne me paraissent pas suffisamment décrits dans les livres.

Du traitement de la kératite phlycténulaire, il faut bannir tout topique irritant : j'ai vu des médecins, effrayés par la sécrétion abondante et la photophobie, mettre trois ou quatre fois par jour du collyre au nitrate d'argent dans l'œil; j'en ai vu d'autres craindre pour la vision à cause de la taie et employer de suite la pommade au calomel ou la pommade jaune. Tout cela est très mauvais. Dans la période aiguë, ne traitez vos malades que par les antiphlogistiques et les antiseptiques. Placez donc sur l'œil des compresses chaudes et donnez des douches de vapeur; servez-vous à cet effet, non point de l'acide phénique, ni du sublimé, ni du biodure, ni de l'acide salicylique, mais bien de l'acide borique en solution de 3 à 4 0/0.

Employez concurremment les collyres mydriatiques, l'atropine et la duboisine. Quelques ophtalmologistes conseillent les myotiques : je ne connais pas plus grosse faute thérapeutique. On prétend que ces topiques sont antiseptiques et antipurulents. D'abord est-ce bien certain? et ensuite l'acide borique n'a-t-il pas une action bien plus puissante? Qui dit même que l'atropine et la duboisine ne sont pas des germicides? Les myotiques ont un inconvénient énorme : ils font contracter le muscle ciliaire, et cette contraction, qui, comme toute contraction s'accompagne d'un mouvement congestif, augmente les souffrances du malade. C'est donc l'atropine qu'il faut, de toute nécessité, employer : rien n'empêche, du reste, de la faire dissoudre dans de l'eau boriquée. Alors, du même coup, les deux indications du traitement sont remplies : mettre le muscle ciliaire au repos et faire l'antisepsie antiphlogistique de l'œil.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la luxation sous-glénoïdienne, par Léon Audain, interne des Hôpitaux.

Observation par le Dr Vignes.

Suite (1).

Les choses en étaient là lorsque Malgaigne, en 1828, commença sur le cadavre une série d'expériences, qui devaient faire faire à la question un pas considérable dans la voie du progrès. Dans un mémoire (2) sur la détermination du « siège et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales », il aborde l'histoire de la luxation en bas des auteurs (Desault, Boyer, S. A. Cooper, Monteggio, Chelius etc) et, par des expériences sur le cadavre, par les autopsies des sujets, qui pendant leur vie avaient présenté cette luxation, établit avec hardiesse que « dans la *lésion qu'on a décrite sous ce nom*, la tête humérale n'est pas réellement placée sous la cavité glénoïde, mais bien sous l'apophyse coracoïde, le trochiter reposant dans la partie inférieure de la cavité glénoïde, le col huméral appliqué sur le rebord glénoïdien antérieur. »

Dans ce mémoire, Malgaigne montre du doigt la confusion malheureuse qui existait entre les luxations scapulo-humérales *en bas* et les luxations *en dedans*. Pour lui, les luxations que les auteurs décrivent comme luxations en bas, ne sont pour la plupart que des luxations en avant et en dedans, c'est-à-dire des sous-coracoïdiennes. Mais il s'empresse de reconnaître que la véritable luxation *en bas*, celle de Jean-Louis Petit *existe réellement*, que son existence ne saurait être contestée, malgré la rareté de cette variété. Au moment où il publiait son mémoire, il n'avait eu l'occasion de voir que trois cas, dont deux autopsies et une observation sur le vivant.

Un peu plus tard, en 1834, il établit comme variétés réelles de luxations scapulo-humérales :

1° Luxation sous-coracoïdienne complète et incomplète ;
2° Luxation sous-scapulaire ;
3° Luxation *directement en bas* ;
4° Luxation sous-acromiale.

Dans les années qui suivirent, de nouvelles classifications furent proposées, mais aucune certainement ne valait comme précision et comme simplicité celle de Malgaigne. Citons Sédillot en 1835 (1), Pétrequin 1837 (2). Un chirurgien qui déjà à cette époque faisait pressentir ce qu'il serait un jour, Velpeau se rallia à la classification de Malgaigne, tout en subdivisant sa troisième variété (la sous-scapulaire) en: 1° sous-scapulaire; 2° sous-claviculaire.

Les faits étaient maintenant acquis, il ne manquait plus qu'un nom pour fixer d'une façon définitive cette variété bien établie de luxation scapulo-humérale. Il ne se fit pas longtemps attendre. En 1839, Goirand (d'Aix) la décrivit sous le nom de *luxation sous-glénoïdienne*, qu'on adopta unanimement, car il représentait d'une façon claire, concise et exacte le fait pathologique et réunissait par conséquent toutes les conditions d'une bonne définition. Enfin Malgaigne, reprenant la question en 1841, établit une classification qui depuis lui ne subit que peu de modifications.

Parmi les luxations de l'aisselle, nous trouvons les variétés *sous-coracoïdienne* complète qu'il regarde comme assez commune ; la *sous-coracoïdienne* incomplète et la *sous-glénoïdienne* qu'il décrit comme *rares*. Dans les luxations en dedans, il rangeait encore l'*intra-coracoïdienne*, la plus fréquente de toutes et la *sous-claviculaire* de Velpeau (rare).

En somme dès ce moment, on va construire sur un terrain solide et Malgaigne a rendu un véritable service à la science en faisant triompher les idées si remarquablement justes de Jean-Louis Petit.

Les auteurs qui ont écrit après Malgaigne se sont pour la plupart ralliés à sa classification. Boyer cependant continue à subir les influences fâcheuses de la classification de Desault, car il écrivait en 1845, dans son traité des fractures et des luxations : « Nous avons toujours vu par l'autopsie anatomique, dans la luxation *en bas*, la tête de l'humérus située *entre la longue portion du muscle triceps et le sous-scapulaire et appuyée sur le côté interne du bord antérieur de l'omoplate, appelée sa côte.* » Dans cette description anatomo-pathologique, d'ailleurs peu claire, (l'auteur ne dit même pas quelle est la partie

(1) Voir le numéro précédent.
(2) On trouvera l'analyse de ce mémoire dans le *Journal de Chirurgie* 1843.

(1) Sédillot. Journ. des connaiss. méd. chir. avant 1835.
(2) Pétrequin. Gaz. méd. 1837 p. 305.

de la tête humérale qui se trouve en rapport avec la côte de l'omoplate), on devine que Boyer a voulu parler de la luxation en dedans.

On s'en convainc facilement, car un peu plus loin l'auteur s'exprime de la façon suivante : « Dans la luxation en bas comme la tête de l'humérus appuie sur une surface oblique et très peu étendue, l'action des muscles qui passent sur l'articulation et notamment de ceux que la luxation a mis dans un état de tension, fait aisément *glisser* l'humérus *en dedans* et produit un déplacement consécutif de ce côté là. » Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que Boyer considère les luxations *en bas* comme les plus fréquentes. A part cette confusion de mots, la description de Boyer est parfaitement exacte. Il faut même retenir qu'il a bien vu le premier temps du mécanisme des luxations en dedans, c'est-à-dire la rupture primitive de la capsule à sa partie inférieure, sur laquelle nous nous proposons du reste d'appeler l'attention.

Malgaigne ayant nettement, par ses expériences, différencié (1841) les luxations en bas des luxations qui se font en dedans, Goirand (d'Aix) ayant d'autre part fixé l'idée par un *mot*, les observations ne tardèrent pas à confirmer l'existence clinique de cette variété. Quelques cas même, où la vérification anatomique put être faite, offrent des garanties très sérieuses. A côté des cas expérimentalement produits par Malle (1838) et d'ailleurs complètement d'accord avec ceux de Malgaigne, nous avons à signaler le cas de Robert 1843, celui de Bourguet la même année, celui de Guépratte en 1844 et enfin un cas de luxation sous-glénoïdienne irréductible publié par Thomas dans la Revue de chirurgie.

A côté de ces noms, nous devons citer celui de Goirand (d'Aix) qui, après Malgaigne, est certainement le chirurgien dont les observations et les expériences ont été le plus utiles à l'édification de l'histoire anatomo-pathologique et clinique de la luxation sous-glénoïdienne. C'est lui du reste, comme nous l'avons vu, qui le premier a décrit cette variété sous le nom de *sous-glénoïdienne*.

Après cette époque féconde en recherches et en expériences remarquables, nous voyons apparaître en 1855 le traité des fractures et des luxations de Malgaigne. Dans le chapitre qu'il consacre à la variété sous-glénoïdienne des luxations scapulo-humérales, il résume pour ainsi dire toutes les connaissances acquises par ses prédécesseurs et par lui-même. En compulsant avec soin les observations de luxations sous-glénoïdiennes publiées jusqu'en 1855 et en ajoutant un cas observé dans son service, il est arrivé au total de 12 cas. Aussi n'hésite-t-il pas à conclure à l'extrême rareté de la variété sous-glénoïdienne.

La description symptomatique qu'il en donne, courte, il est vrai, est d'une netteté et d'une fidélité remarquables. A ce point de vue, il y a peu à ajouter au tableau qu'a laissé le maître. Depuis 1855 un certain nombre de cas ont été signalés, des classifications nouvelles ont été proposées parmi lesquelles nous mentionnerons celle de Nélaton. (1)

Cet auteur range la luxation sous-glénoïdienne dans le groupe des luxations antéro-internes. Cette manière de voir ne prévalut point et à juste raison, car ces dernières s'en distinguent tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue étiologique, comme nous nous efforcerons de le montrer dans le chapitre qui traite de la pathogénie de la sous-glénoïdienne.

Les observations publiées depuis Malgaigne sont peu nombreuses, et la science est relativement pauvre en cas de luxations sous-glénoïdiennes. Aussi nous sera-t-il facile de les rappeler ici. En 1863, Parise rapporte un fait de ce genre qu'on trouvera relaté dans la *Gazette Médicale*. Puis M. Tillaux a l'occasion d'observer deux cas, dont il parle dans son traité d'anatomie topographique. Il s'agit, dans le premier, d'une jeune fille (à la Clinique) dont la tête humérale se luxa pendant qu'elle jouait à la raquette, et chez laquelle la luxation sous-glénoïdienne se transforma, à la suite d'une tentative de moulage, en luxation en avant ; dans le second cas, d'une malade qu'il soigna à l'hopital Saint-Louis en 1872.

Quelques années plus tard, en 1878, M. le professeur Panas vit également à l'hopital Saint-Louis une luxation sous-glénoïdienne, ce cas est signalé dans l'article « Epaule » du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques de Jaccoud, auquel nous ferons de nombreux emprunts. Nous signalerons un cas observé par notre excellent maître, M. le docteur Reclus, (communication orale). M. le docteur Villar, dans un remarquable travail qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* en 1887, a eu la bonne fortune d'observer un cas dans le service de M. le professeur Richet et trois autres cas très nets dans l'espace d'un an dans le service de M. le professeur Le Fort. Si à ces différentes observations nous ajoutons celle qu'on trouve ici relatée, nous arrivons au chiffre de 10 nouveaux cas depuis Malgaigne.

Cette variété de luxation scapulo-humérale est donc, quoi qu'en ait dit Hamilton, réellement rare et cette rareté devient plus évidente encore si on compare cette variété au groupe des luxations antéro-internes. Telle est l'histoire de la luxation sous-glénoïdienne. Elle serait certainement incomplète, si nous ne mentionnions les remarquables expériences de M. le professeur Panas. Ses travaux ont définitivement fixé la question, et certains points jusqu'à-là obscurs ont reçu une éclatante démonstration. Nous renvoyons le lecteur à l'article Epaule du Dictionnaire Jaccoud, qui résume admirablement ses nombreuses expériences anatomopathologiques. On verra que M. Panas reconnaît deux sous-variétés à la luxation sous-glénoïdienne : 1° la variété *costale*, 2° la variété *scapulaire*. Ces deux types resteront, car ils sont basés sur des expériences nombreuses et sérieuses. La clinique ne tardera pas à confirmer leur existence. Cette confirmation est du reste faite pour l'un d'eux, le cas que nous publions appartenant manifestement à la variété *costale*.

(*A suivre*).

(1) Nélaton. Elém. de path. chir. t. II.

BIBLIOGRAPHIE

ANATOMIE DES CENTRES NERVEUX, par Ludwig EDINGER, traduit de l'allemand par M. SIRAUD, externe des hôpitaux de Lyon. (J.-B. Baillière et fils, Paris, 1889.)

Bien que depuis quelques années le nombre des ouvrages sur l'anatomie du système nerveux se soit beaucoup augmenté, ce nouveau traité sera certainement accueilli avec une faveur marquée, car il comble une réelle lacune. En effet, la plupart des livres écrits sur l'anatomie des centres nerveux tels, par exemple, que ceux de Huguenin et de Meynert, remplis d'érudition et parfois peu soucieux de la clarté, ne s'adressent qu'à un public restreint de spécialistes et de physiologistes, et ne sont que de peu d'utilité au praticien et à l'étudiant. Au contraire, les leçons de Ludwig Edinger, professées devant un public de médecins-praticiens, n'ont d'autre but que d'initier le lecteur à la science de la structure des centres nerveux, sans entrer dans des controverses et sans chercher à trancher les points encore douteux.

Le plan du livre est des plus simples. Après un chapitre de généralités qui résume les différentes méthodes employées pour étudier les centres nerveux et montre à l'élève combien

cette étude est pleine de difficultés et laisse le champ libre aux hypothèses, vient l'histoire du développement de l'encéphale et de la formation de ses parties constituantes. Les différentes régions des centres nerveux sont ensuite passées successivement en revue; leurs rapports anatomiques et l'origine des faisceaux de tubes ou des noyaux de cellules qui entrent dans leur composition sont décrits avec une merveilleuse clarté que je ne puis comparer qu'à celle qui nous a tous tant séduits autrefois dans le livre de Fort sur le même sujet. Une portion relativement considérable de l'ouvrage est réservée à la description de la moelle allongée et de la protubérance, et personne ne s'en plaindra, car la structure de ces organes est un des points les plus obscurs du système nerveux. Tout ceci est écrit simplement, sans que l'auteur cherche à faire parade d'une érudition qu'il possède très complète, mais dont il ne se sert que pour aplanir les difficultés qui se présentent à chaque instant dans un tel sujet. Sans aucun doute aussi, le talent avec lequel M. Sigaud a rendu dans un français clair et élégant la pensée de l'auteur allemand est pour beaucoup dans l'intérêt qui s'attache à la lecture de ce livre. Une série très nombreuse de schémas et de gravures facilite le travail en éclairant le texte. Enfin, et ceci est toujours pour quelque chose dans le succès d'un livre, ajoutons qu'il est édité avec un véritable luxe qui fait honneur aux imprimeries lyonnaises.

Georges Lemoine.

Recueil clinique sur les maladies du larynx et du nez, Par le Dr E.-J. Moure.

Le traducteur le plus autorisé du traité de Morell-Mackensie, l'auteur bien connu du *Manuel des maladies des fosses nasales*, et de tant d'autres travaux importants, M. le Dr Moure, vient de faire paraître un *Recueil de leçons cliniques sur les maladies du larynx et du nez*. Les titres de l'auteur, et sa parfaite connaissance des sujets qu'il étudie, nous dispensent d'entrer dans tous les détails de cet excellent travail. *Les considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë*; sur un *cas d'aphonie simulée* et un *cas d'aphonie nerveuse chez les enfants*; les cas de *gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez*, *le traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache*,... etc., etc., qui comprennent quatorze articles distincts, sont autant d'études soignées, claires, traitées de main de maître, et accompagnées des réflexions les plus intéressantes et les plus pratiques. Nous sommes heureux d'indiquer cet ouvrage au choix de nos lecteurs, et nous félicitons M. le Dr Moure qui vient prouver une fois de plus que l'étude des affections du larynx et du nez occupe en France une place importante et a cessé d'être l'apanage de l'étranger.

A. S.

Contribution a l'étude de la folie a deux ou folie communiquée, par le Dr Jean-Marie Régent. (Thèse de Paris 1886).

Court travail dans lequel l'auteur se borne, en s'appuyant sur quelques faits personnels, à admettre dans leur intégrité les conclusions de MM. Lasègue et Falret sur la folie à deux, en y ajoutant les déclarations suivantes :

1° La folie communiquée est plus qu'un « phénomène psychologique curieux »; c'est une véritable aliénation mentale chez les deux sujets.

2° Qu'on l'appelle folie communiquée, folie imposée, folie induite, elle consiste toujours dans la propagation des idées délirantes d'un aliéné actif, héréditaire ou non, à un autre individu, prédisposé lui-même par l'hérédité ou quelque autre cause que ce soit, à recevoir l'influence du premier.

3° Les hallucinations sensorielles peuvent se montrer, chez le sujet passif, même s'il n'y a pas, chez lui, d'hérédité constatée.

4° Le processus de la folie communiquée n'a rien de commun avec celui de la folie simultanée de M. Régis, et ne saurait lui être comparé.

Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation, par le Dr Gilbert Petit. (Thèse de Paris 1888).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'état de la menstruation chez les femmes atteintes de paralysie générale. Les uns, comme M. Ritti, croient que cette fonction n'est pas troublée; d'autres, les Allemands et les Italiens surtout, estiment que la cessation des règles est une cause fréquente de la paralysie générale qui serait essentiellement une maladie du *klimactérium*, c'est-à-dire de la ménopause.

J'ai avancé pour ma part que les troubles menstruels observés chez les femmes paralytiques, loin d'être toujours la cause de la maladie cérébrale, pouvaient bien en être au contraire, au moins dans certains cas, la conséquence directe ou sympathique.

Les recherches de M. Petit sont confirmatives de cette manière de voir. Sur 59 paralytiques femmes, il a observé 52 fois une menstruation troublée et 7 fois seulement une menstruation normale. Dans tous les cas, les troubles menstruels étaient postérieurs au début de la paralysie générale. Chez 64 aliénées ordinaires, prises dans diverses catégories, il n'a trouvé au contraire que 9 fois la menstruation troublée, tandis qu'elle était normale dans 55 cas.

Ses conclusions les plus importantes sont les suivantes :

1° Le développement de la paralysie générale chez la femme amène le plus souvent des troubles dans la menstruation.

2° Ces troubles se caractérisent tantôt par un arrêt subit et définitif des règles, tantôt par une irrégularité notable des époques menstruelles, alors qu'auparavant cette fonction s'accomplissait avec la plus grande régularité.

3° Lorsqu'au cours d'une paralysie générale chez la femme il survient une rémission, cette rémission paraît avoir pour effet de rétablir la régularité dans les fonctions cataméniales.

4° Les malades qui, pendant leur méningo-encéphalite diffuse, n'ont éprouvé aucun trouble menstruel, paraissent résister plus longtemps que celles qui ont vu leurs époques se supprimer complètement ou bien devenir irrégulières.

Essai sur l'anémie dans la paralysie générale, par le Dr M. Bondon. (Thèse de Paris 1886).

Voici les principales conclusions de cet intéressant travail :

Pendant la période prodromique de la paralysie générale, on constate souvent une excitation de toutes les facultés (dynamie fonctionnelle de Régis.) Mais la mémoire n'y participe pas. Son affaiblissement, le défaut d'attention contrastent avec l'état en apparence brillant de l'intelligence.

Dans la première période de la maladie, quelle que soit la variété du délire, qu'il y ait même absence de délire (paralysie générale sans aliénation des auteurs), on trouve toujours une amnésie notable qui constitue le fonds de démence constant de la maladie.

C'est à l'affaiblissement de la mémoire qu'il faut attribuer les incohérences du langage et de la pensée, et surtout l'incohérence des actes. La marche de l'amnésie lente et progressive se fait avec quelques rares rémissions, tandis que les autres symptômes psychiques sont variables et dans leurs manifestations et dans leur marche.

La mémoire et les autres facultés sont depuis longtemps détruites lorsque la vie végétative subsiste encore (période d'abrutissement de Foville).

Pendant les rémissions les symptômes physiques et psychi-

ques s'amendent on peuvent même disparaître, mais l'amnésie reste, et parfois même continue à progresser.

L'amnésie est en rapport direct avec les lésions de l'encéphale. C'est à elles qu'elle doit d'être progressive et incurable. Mais l'amnésie des attaques épileptiformes et des poussées congestives est liée à des troubles de la circulation cérébrale.

Le diagnostic de l'amnésie n'est pas toujours facile, surtout dans la période prodromique. La fatigue cérébrale provoquée artificiellement, en faisant causer et compter le malade, est un excellent moyen de diagnostic.

Le diagnostic différentiel de l'amnésie de la paralysie générale et de celle de l'alcoolisme, est très difficile. L'expectative fait trancher la question, car l'amnésie de l'alcoolisme est régressive lorsque l'alcool est éliminé, tandis que l'autre est fatale.

L'amnésie nicotique peut être prise pour l'amnésie de la période prodromique de la paralysie générale, mais elle porte seulement sur les noms et jamais sur les faits, de plus elle est facilement curable.

Le traitement spécifique fait distinguer l'amnésie de la syphilis cérébrale.

L'amnésie traumatique est brusque et porte non sur la faculté mémoire, mais sur une portion de souvenirs. Elle peut être mélangée à l'amnésie de la paralysie générale (paralysie générale traumatique).

E. Régis.

Contribution a l'étude du diagnostic différentiel des gommes scrofulo-tuberculeuses et des gommes syphilitiques sous-cutanées, par P. J. Stojenesco. (Th. Paris 1887).

Les gommes, isolées depuis peu d'années comme entités cliniques, reconnaissent deux sources ; la scrofulo-tuberculose et la syphilis. Malgré tout l'intérêt qu'il y avait à établir rapidement ce qui relevait de l'une ou de l'autre de ces diathèses, les caractéristiques anatomiques et les aspects cliniques des différents cas restaient entourés d'une réelle obscurité. Et c'est à la faveur de travaux considérables, embrassant d'une part les données fournies par le microscope et la bactériologie pour arriver à déterminer les caractères anatomiques fondamentaux des gommes syphilitiques et des gommes scrofulo-tuberculeuses, de l'autre tout ce que l'expérience et l'étude attentive de chaque jour étaient capables de grouper pour établir d'une façon certaine le diagnostic différentiel de ces deux ordres de productions, qu'on a pu arriver à élucider cette double question.

Dans les cas où la clinique restera dans le doute, où les caractères tirés de la coloration, de l'aspect des croûtes, de l'état des bords et du fond ne seront pas nets, l'examen anatomo-histologique devra être entrepris. Des probabilites importantes seront tirées de la persistance ou de la non persistance de la perméabilité des vaisseaux, de la présence ou de l'absence relative de capsules géantes. D'autre part l'examen bactériologique dira s'il existe ou non des bacilles de Koch et l'inoculation au lapin, négative s'il s'agit de syphilis, sera presque toujours positive s'il s'agit de tuberculose. Enfin l'épreuve thérapeutique sera la pierre de touche du diagnostic.

La médecine en Annam, par A. Mangin. (Th. Paris 1887).

L'art médical, en enfance dans l'Annam, est exercé par le *thay thuoc* médicastre et par le *thay phap* sorcier, ce dernier étant appelé dans les cas désespérés. L'auteur donne quelques curieux détails sur l'enseignement de la médecine qui n'a rien d'officiel, sur son exercice entièrement libre, sur la préparation des médicaments et sur la façon dont sont décrits et traités le choléra, la dysenterie, la lèpre, le béribéri, la fièvre paludéenne, la syphilis, la tuberculose pulmonaire. Nous avons vainement cherché des indications sur la manière dont est compris et soigné l'ulcère annamite. La pratique des accouchements comprend un ramassis de bizarres coutumes. Inutile d'ajouter que les opérations sanglantes ne se pratiquent pas et que l'hygiène n'est qu'un vain mot.

Ch. Amat.

BULLETIN

Transformation spécifique des microbes et contingence de leur virulence. — Applications chirurgicales des données acquises sur les localisations cérébrales. — Néphrectomie et néphrorrhaphie. — Nature et étiologie du tétanos. — Les matières solubles vaccinantes dans le sang des animaux.

On se rappelle l'importante discussion qui eut lieu, il y a trois ans, devant l'Académie de médecine, sur la pathogénie des maladies infectieuses. Nous eûmes l'honneur d'y prendre part et, dans une communication que nous fîmes le 2 mars 1886, nous disions, à propos des microbes pathogènes :

« Il ressort de ce qui précède que tout tend à démontrer la variabilité des espèces chez les microbes et, pour une même espèce, la contingence de certains caractères, entre autres de leur action virulente ou pathogénique. »

Nous sommes heureux de voir l'opinion que nous exprimions alors justifiée et confirmée par deux savants dont la compétence et l'autorité s'imposent : MM. Chauveau et Bouchard.

Dans une communication qu'il a faite lundi dernier à l'Académie des sciences, M. Chauveau conclut d'expériences entreprises par lui, que le microbe charbonneux, totalement privé de la virulence, n'est pas devenu un simple microbe saprogène, car il conserve l'aptitude à récupérer sa virulence. Il n'est pas transformé spécifiquement ; il reste toujours microbe pathogène. Cependant M. Chauveau ne nie pas la possibilité de cette transformation spécifique ; il dit simplement ne pas l'avoir encore obtenue. Par contre il déclare nettement que, pour lui, la fonction virulente d'un microbe est une fonction contingente, accessoire.

M. Bouchard, sur le premier point, est plus explicite ou plus hardi que son collègue. Il croit qu'un microbe saprogène peut devenir pathogène et *vice versâ* ; il admet donc la transformation des espèces chez les microbes. D'autre part, il reconnaît que, à côté de propriétés essentielles qui ne se modifient pas, les microbes ont des propriétés accessoires, au nombre desquelles est la virulence, qui peuvent être supprimées.

Cette contingence des propriétés virulentes des microbes, propriétés qu'ils peuvent acquérir, perdre et récupérer, a une haute importance au point de vue de la pathogénie des maladies infectieuses. C'est ce que nous avons fait ressortir dans la communication rappelée plus haut, en disant : « Ceci permet de comprendre la spontanéité morbide, c'est-à-dire l'éclosion, sous l'influence de causes banales et d'une déviation des actes nutritifs, d'une maladie infectieuse qui devient ensuite transmissible. On n'est plus acculé entre les deux termes de ce dilemme d'après lequel on serait forcé d'admettre ou la préexistence et la panspermie des microbes pathogènes, ou leur génération spontanée. Il suffit de savoir qu'un microbe inoffensif, banal, physiologique peut, en se développant dans tel foyer morbide, subir des modifications dans quelques-uns de ses caractères, sinon une véritable transformation de son espèce, et devenir l'agent de transmission de la maladie de l'organisme d'où il émane ».

— La clinique médico-chirurgicale permet parfois d'observer

un fait avec toute la précision que l'on exige d'une expérience de laboratoire : tel est le cas de l'observation communiquée à l'Académie de médecine par M. Péan. La doctrine des localisations cérébrales a reçu là une confirmation d'un haut et puissant intérêt.

Un jeune homme est pris d'accidents épileptiformes débutant par des phénomènes d'épilepsie partielle au membre inférieur droit. Les accès se rapprochant, le pronostic s'aggrave, la mort est imminente. Les données acquises sur la topographie des fonctions cérébrales permettent de fixer le point où siége la lésiou, probablement une tumeur. On applique sur ce point une couronne de trépan, on fend la dure-mère, la pie-mère, et l'on tombe en effet, sur une tumeur qu'on enlève. On referme la plaie, qui cicatrise promptement; les accidents épileptiformes diminuent de fréquence, d'intensité, puis disparaissent : le malade est guéri. L'expérience de laboratoire la plus rigoureuse ne saurait être plus démonstrative, et l'école anatomo-clinique, qui arme et dirige avec une si grande précision les mains du chirurgien, a quelque raison d'être fière d'un tel résultat.

— La néphrectomie est une opération de nécessité; la néphrorraphie est l'opération de choix : telle est, sous forme aphoristique, la conclusion de l'intéressant mémoire lu par M. Félix Guyon à l'Académie de médecine sur deux opérations de néphrorraphie qu'il a pratiquées avec succès. Cette conclusion mérite de fixer et fixera certainement l'attention des chirurgiens.

— La discussion sur le tétanos, un peu confuse, a continué à l'Académie de médecine. Nous attendons qu'elle soit terminée pour la résumer et en tirer les conclusions.

— M. Bouchard avait montré, dans les urines d'animaux vaccinés, la présence des matières solubles vaccinantes; ces mêmes matières devaient se retrouver dans le sang : c'est ce que MM. Charrin et Ruffer viennent d'établir dans une communication faite à la Société de biologie. Ainsi que l'a fait remarquer M. Bouchard, les matières vaccinantes passent du sang dans les urines suivant les mêmes lois que les poisons organiques normaux. A ce propos il pose de nouveau la question de savoir s'il n'existe qu'une matière, à la fois vaccinante et toxique, ou s'il y en a deux jouissant respectivement de ces propriétés. M. Bouchard ne dissimule pas ses tendances dualistes; nous aurons occasion de revenir sur ce point.

Dr F. de Ransé.

NOTES ET INFORMATIONS

— Troubles universitaires en Italie. — La jeunesse des Ecoles semble être en fermentation en Italie. L'université de Gênes a dû être fermée. A Rome on a suspendu jusqu'à nouvel ordre les cours du professeur Labriola. Ce n'est pas seulement avec leurs professeurs que les étudiants ont engagé un conflit, mais avec certains organes de la presse, entre autres la *Tribuna*. Quelques duels s'en sont suivis. L'agitation ne paraît pas être près de se calmer.

— Congrès international d'hydrologie et de climatologie (Deuxième session. — Paris 1889). — La deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie, dont une précédente note a annoncé à l'organisation, conformément à la décision prise en Assemblée générale du 8 octobre 1886 par le Congrès de Biarritz, se tiendra à Paris du 3 au 10 octobre 1889.

Le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Les membres adhérents, nationaux et étrangers, sont soumis à une cotisation de *vingt francs*.

Le Comité appelle plus particulièrement l'attention sur les questions ci-dessous indiquées. La plupart de ces questions seront chacune l'objet d'un *exposé* ou d'un *rapport* qui sera publié, envoyé à tous les adhérents trois mois au moins avant l'ouverture du Congrès, et servira de point de départ à la discussion dans les séances de sections.

D'antres travaux concernant l'hydrologie et la climatologie pourront être soumis au Congrès. Les auteurs sont priés d'envoyer au secrétariat du Cougrès les *titre* et *conclusions* de leurs mémoires au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Un voyage d'excursions finales dans les stations de la région des Vosges sera organisé suivant un programme qui sera communiqué ultérieurement à chaque membre adhérent.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LE COMITÉ D'ORGANISATION.

I. *Hydrologie.*

A. Hydrologie scientifique. — 1° Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales;

2° Des rapports entre les eaux minérales et les terrains géologiques;

3° Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux;

4° De l'influence des doctrines microbiennes sur la thérapeutique thermale;

5° De l'origine des gaz contenus dans les eaux minérales et de la part qui leur revient dans les propriétés de ces eaux;

6° Des vapeurs qui se dégagent des eaux minérales et de leurs transformations;

7° Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

B. Hydrologie médicale. — 1° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux;

2° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein;

3° Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves;

4° Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire;

5° Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants;

6° Des étuves sèches et humides (technique et applications);

7° Des douches locales en balnéothérapie.

II. *Climatologie.*

1° Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique dans ses applications à la médecine;

2° Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires. — Règles de la prévision du temps;

3° Climatologie des différentes stations sanitaires;

4° Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques;

5° De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine;

6° De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses;

7° Programme d'un enseignement de la climatologie.

Les communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le Dr F. de Ransé, à Paris, avenue Montaigne, 53, du 1er octobre au 1er juin; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Les adhésions, accompagnées d'un mandat sur la poste de vingt francs, doivent être adressées au *Trésorier du Congrès*, M. O. DOIN, libraire-éditeur à Paris, place de l'Odéon, 8.

— UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE EN BELGIQUE. — L'enseignement de la médecine légale n'existait pour ainsi dire pas en Belgique. Le seul laboratoire médico-légal qui fonctionne dans ce pays, est annexé à l'Université de Gand, sous la direction de M. de Visscher, expert attitré auprès du parquet de cette ville, et cependant la législature vient d'être saisie d'un projet de loi créant un diplôme spécial de médecin légiste. Le corps médical belge, par contre, s'est justement ému de cette situation et dans une réunion importante tenue l'autre samedi à l'Université de Bruxelles, la création d'une Société de médecine légale, sur le modèle de la Société analogue qui fonctionne à Paris depuis tantôt vingt ans, a été décidée. Le Dr Vleminckx a été élu président de la nouvelle Société; le Dr C. Morean (de Charleroi), remplira les fonctions de secrétaire; le Dr Stiénon, celles de trésorier bibliothécaire.

Les principaux médecins, chargés habituellement par les parquets de l'exécution des expertises, ont déjà envoyé leur adhésion. Quarantes membres titulaires forment la Société naissante. Les réunions auront lieu quatre fois par an à Bruxelles. Chaque fois que les parquets en exprimeront le désir, la Société déléguera une commission pour la solution des questions douteuses ou difficiles. Nos compliments à nos voisins.

— UN NOUVEAU PRIX D'HYGIÈNE. — La veuve du Dr Auguste Pier d'Hony, ce médecin milanais mort si jeune, il y a quelques années, vient de fonder, pour honorer la mémoire de son mari, un prix de mille francs que la Société royale d'hygiène d'Italie est chargée de décerner. Les mémoires destinés au concours devront traiter *d'une question d'hygiène industrielle* quelconque, en insistant sur les moyens de prophylaxie capables de diminuer ou de faire disparaître les inconvénients et les dangers d'une profession. Les concurrents ont jusqu'au dernier jour de février 1890 pour envoyer leurs mémoires.

— LES FALSIFICATIONS DES ALIMENTS ET DES BOISSONS. — Le Dr Th. Belval, secrétaire de la Commission médicale provinciale du Brabant, vient de faire paraître sous forme de brochure, une conférence des plus intéressantes dans laquelle on trouvera démontrée l'utilité de l'organisation d'une action internationale contre la falsification des denrées alimentaires et des boissons. C'est là un sujet qui doit nous tenir à cœur, à nous Français, au moins autant qu'à nos voisins de la Belgique ou de la Hollande. Car les contrefaçons et les sophistications, ont sérieusement envahi notre pays.

NOUVELLES

Facultés de médecine. Concours d'agrégation de chirurgie. — Par arrêté en date du 19 février l'ouverture du concours pour dix places d'agrégés des facultés de médecine (section de chirurgie et accouchement, précédemment fixée au 1er mars 1889, est ajournée au jeudi 7 du même mois.

La liste des candidats est arrêtée de la manière suivante :

Paris. Chirurgie (3 places) : MM. Barette, Bazy, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Hartmann, Marchant, Ménard, Michaux, Nélaton, Phocas, Picqué, Polosson, Ricard, Rochard, Routier, Tuffier, Verchère, Villar, Walther; — Accouchements (1 place) : MM. Auvard, Bar, Boissard, Bonnaire, Bureau, Doléris, Lepage, Olivier, Planchard, Potocki, Tissier. — *Bordeaux.* Chirurgie (1 place); M. Courtin; — Accouchements (1 place) : MM. Chambrelent, Rivière. — *Lille.* Chirurgie (1 place) : MM. Carpentier, Coppens; — Accouchements (1 place) : M. Turgard. — *Lyon.* Chirurgie (1 place) : MM. Gangolphe, Genevey-Montaz, Rochet, Vallas. — *Montpellier.* Chirurgie (1 place) : MM. Estor, Février.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le prix Lacaze (10000 frans) a été décerné à M. le Dr Malassez directeur du laboratoire d'histologie au Collège de France, pour ses travaux sur la tuberculose.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Pitres, professeur de Clinique interne, est nommé pour trois ans, à partir du 16 janvier 1889, doyen de la dite Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. M. le Dr E. Demange, agrégé, est proposé en première ligne pour la chaire de médecine légale, vacante par suite de la retraite de M. Tourdes, nommé doyen honoraire.

***

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Guignard, professeur d'accouchements, est nommé professeur de clinique obtétricale et gynécologie.

Ecole de médecine de Besançon. — Par arrêté, l'Ecole préparatoire de médecine est autorisée à jouir des droits conférés aux Ecoles préparatoires *réorganisées.*

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Boiffin est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — Par arrêté en date du 19 février, un concours s'ouvrira le 4 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — Par arrêté en date du 19 février, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889 devant la même faculté, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Limoges.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Par arrêté en date du 19 février, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1889 devant la même faculté, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rennes.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — Par arrêté en date du 19 février, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1889, devant la même Faculté pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole de médecine de Dijon.

***

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin est définitivement constitué comme suit : MM. Desnos, Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Ferrand, Guéniots, Labadie-Lagrave et Lacombe. Les candidats au nombre de soixante six sont :

MM. Achard, Barhe, Babinski, Barthélémy, Béclère, Belin, Blocq, Bourcy, Bourdel, Brnchet, Capitan, Cayla, Charrin, Chéron, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dreyfous, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Hirtz (Hippolyte), Hischmann, Jeanselme, Launois, Lebreton, Leduc, Le Gendre, Lermoyez, Leroux, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Martinet, Mathieu, Ménétrier, de Molènes, Morel-Lavallée, OEttinger, Petit Polguère Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Sapelier, Siredey, Thibierge, Thoinot, Variot et Weber.

***

— Par décision ministérielle, en date du 13 février 1889, les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés pour les emplois de répétiteurs ci-après indiqués, près l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, savoir :

M. Cayet, anatomie normale et pathologique ;

M. Brousses, pathologie externe et clinique chirurgicale;
M. Catrin, physiologie et histologie;
M. Lemoine, pathologie interne et clinique médicale.

*
* *

— Le Comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au 26 avril (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

On est instamment prié d'envoyer au secrétaire, avant le 1er avril, le titre des communications qu'on se propose de faire, afin d'arrêter l'ordre du jour des séances.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Rouby. Contribution à l'étude de l'hystérie toxique. De l'apoplexie hystérique dans la syphilis.

M. Eymery. Contribution à l'étude de l'athérome pulmonaire.

M. Valette. Tuberculose primitive de la trachée.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'Etude des maladies du système nerveux en Russie. Rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, par le Dr F. Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Paris, O. Doin, éditeur, 1889.

Transactions of the royal Academy of medicine in Greland, vol. VI. — Dublin, Farmin et Cr, 1888.

Hygiène de la première enfance, par le Dr Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth. — Paris, O. Doin, éditeur, 1889.

Etude sur la nature et les inconvénients de l'hypnotisme, par le Dr J. Crocq, membre de l'Académie de médecine de Belgique. — Bruxelles, F. Hayez, imprimeur de l'Académie, 1888.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 FÉVRIER 1889.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phtisis pulmonaire, 198. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 42. — Autres, 9. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38 — Paralysie, 15. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 33. — Pneumonie, 56. — Gastro-entérite des enfants Sein, 8. — Biberon, 38. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonites puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 40. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 188. — Causes inconnues, 8. — Total : 1037.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants, leçon de M. le Dr Descroizilles à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillie par M. le Dr H. Barbier.

Messieurs,

Mon intention est de vous parler aujourd'hui du traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants, à propos d'un cas de cette nature que nous avons aujourd'hui dans nos salles et que je veux vous résumer brièvement.

C'est un garçon de 13 ans qui a été pris brusquement, en pleine santé, d'un frisson violent. C'était le 30 décembre 1888. Il sentit en même temps un point de côté; mais, sans tenir compte de ces symptômes, il sort et continue ses jeux. Mais il rentre bientôt, et c'est pour se mettre au lit. Nous l'avons vu le lendemain matin.

A ce moment, nous constatons simplement à gauche une grande faiblesse du murmure vésiculaire; le lendemain de son entrée nous entendons nettement des râles sous-crépitants. Le diagnostic s'impose. Nous prescrivons des ventouses, un vomitif, puis une potion au kermès. Par la suite il survient des crachats rouillés. Au dixième jour la fièvre tombe et les phénomènes d'auscultation disparaissent, de telle sorte qu'aujourd'hui il pourrait être considéré comme guéri, et capable de se lever, si nous n'étions très circonspect et très prudent sur la première levée.

Voilà donc un type de pneumonie franche chez un enfant. Je crois l'occasion bonne pour vous dire quelques mots du traitement de la pneumonie infantile.

Et tout d'abord, faut-il traiter la pneumonie franche des enfants? ou bien faut-il s'en tenir à l'expectation? Question bien embarrassante, quand on veut la résoudre avec ce qui se trouve dans les livres. Ceux d'entre vous, en effet, qui sont au courant de la question par leurs lectures, savent que d'éminents pathologistes dont l'autorité fait foi en pathologie infantile, enseignent que non seulement il est inutile de traiter les jeunes sujets atteints de pneumonie, mais encore que le traitement est nuisible. Traiter la pneumonie d'après eux c'est prolonger la durée, affaiblir le malade dont la convalescence s'éternise, c'est quelquefois provoquer un désastre.

A mon sens, cette opinion est exagérée et les pathologistes qui l'ont accréditée sont allés trop loin en conseillant l'abstention systématique et l'expectation complète. Agir d'après leurs préceptes, dans tous les cas, serait fort imprudent. Il faut seulement, vis-à-vis de la pneumonie franche, comme vis-à-vis de la plupart des autres maladies, on pourrait dire de toutes les autres maladies observées chez les enfants, savoir s'en tenir en thérapeutique au strict nécessaire, parer aux principales indications, atténuer dans la mesure du possible les symptômes les plus pénibles pour le malade. On dit que la plupart des cas traités par l'expectation ont une très courte durée ; peut-être leur durée eût-elle été plus

FEUILLETON

Des rêves morbides

CHAPITRE III.

RÊVES MORBIDES ESSENTIELS : LE CAUCHEMAR.

(*Suite*) (1)

Il est une variété de cauchemar dans lequel des monstres horribles, une femme décrépite et hideuse s'approchent de vous, s'appuient sur votre poitrine de tout le poids de leur corps. L'infortuné éprouve des angoisses inexprimables, la sueur ruisselle de tous ses pores ; toutes les fibres de son être frémissant d'horreur puis tout à coup, comme par enchantement, ces monstres, cette vieille sorcière se transforment quelque fois en une jeune et jolie personne; les organes de la reproduction sont alors excités par cet être imaginaire, ils entrent en action et la crise a lieu.

Les rêves du cauchemar restent quelquefois très profondément gravés dans la mémoire, au point qu'il arrive quelquefois que les personnes qui les éprouvent les considèrent comme des réalités et il est souvent impossible de les en dissuader; elles ne s'aperçoivent de leur erreur qu'après guérison.

J. Franck cite, d'après Schenk, le fait suivant : « Un médecin raconte qu'il arriva à Overne, dans un monastère. Un pharmacien qui était avec lui, fut pris en dormant d'un cauchemar, et accusa ceux qui étaient dans la même chambre de l'avoir presque tué dans la nuit en cherchant à l'étrangler. — Comme ses compagnons niaient le fait avec force et rejetaient toute la faute sur lui qui avait passé la nuit sans dormir et dans un état de fureur ; on le fit coucher la nuit suivante seul dans une chambre bien fermée, après un souper copieux dans lequel on lui avait servi des aliments flatulents. Le paroxysme revint et il déclara cette fois que c'était un démon ; il en décrivit même la figure et les gestes

(1) Voir le numéro précédent.

courte encore, s'ils eussent été traités avec un peu plus d'énergie. On dit, d'autre part, que les cas dans lesquels une médication a été faite, sont plus longs et suivis d'une convalescence plus difficile, d'un rétablissement plus tardif et moins décisif que ceux dans lesquels l'état pathologique a été abandonné à lui-même; mais qui nous prouve qu'on ait raison en tenant ce langage? Ces cas de pneumonie auxquels je fais allusion, sont peut-être des cas exceptionnellement rares; leur longue durée, leur terminaison incomplètement bonne ou même fâcheuse sont peut-être imputables à leur nature particulière, à celle du terrain affecté, et non à tel ou tel système curatif appliqué mal à propos. Nous avons tendance, nous autres médecins, à nous accuser trop volontiers de méfaits dont nous ne sommes pas coupables. Nous arrivons trop souvent aussi au découragement, le défaut capital chez un médecin et qu'on ne rencontre jamais, soyez-en sûrs, chez les charlatans. Néanmoins, la question d'abstention en thérapeutique offre encore un côté qu'on ne peut passer sous silence: ce sont les préoccupations des parents qui ne comprennent pas souvent nos hésitations, et nous reprochent ou un manque de confiance dans nos moyens thérapeutiques, ou un défaut d'énergie dans leur application.

Sachez d'ailleurs que les enfants, surtout les enfants de 8 à 15 ans, supportent admirablement les médications les plus actives. Je vous rappellerai que bien de ces pneumonies, qui ont au début toutes les allures d'une pneumonie aiguë, ont après ce commencement si franc une allure douteuse, et finalement une marche analogue à celles des maladies chroniques, et que toute affection de poitrine chez l'enfant est à surveiller, à suivre; vous savez aussi que la tuberculose infantile apporte souvent au début la physionomie de la phlegmasie la plus franchement aiguë.

Vis-à-vis des cas de cette nature, le praticien n'aura jamais raison; s'il n'a pas agi on lui reprochera son inaction comme une impuissance, son inertie comme de l'ignorance, on lui imputera à mal la fâcheuse tournure qu'a prise la maladie. Et lui-même ne sera peut-être pas en droit de s'absoudre complètement.

Il faut donc traiter la pneumonie; rester dans l'expectative c'est presque toujours laisser échapper l'occasion *de soulager le malade, de lui venir en aide pour lutter* contre le mal, mais ceci posé, comment agir? A quelle médication s'arrêter? Aurons-nous recours aux antiphlogistiques, aux révulsifs, aux antithermiques, aux contre-stimulants, aux excitants diffusibles, aux béchiques, aux toniques, aux calmants? De cette longue énumération tout est à retenir, il faut savoir y choisir: là est le secret de la médication de choix. C'est au tact du médecin d'appliquer à chaque cas particulier ce qui lui convient, et ce qui peut être utile au malade.

La pneumonie est une maladie inflammatoire. Les antiphlogistiques ont donc leur raison d'être; et au premier rang de ceux-ci j'ai nommé les émissions sanguines. Autrefois, et ce temps-là n'est pas encore si éloigné, on saignait, on saignait même plusieurs fois. De nos jours la phlébotomie a perdu ses adeptes, et c'est à juste titre que Barthez, Sanné, Trousseau et autres proscrivent absolument la saignée générale dans la pneumonie aiguë des enfants. Je n'ai pour ma part jamais cru devoir la conseiller; et ceux d'entre vous qui vont exercer dans les villes et principalement dans les grandes villes n'auront jamais l'occasion peut-être d'y avoir recours. Mais ceux qui exerceront dans les campagnes où la vie au grand air et l'exercice rendent les enfants moins chétifs et plus sanguins que dans les villes, pourront peut-être rencontrer chez leurs malades les indications de la saignée. Lors donc que chez un jeune sujet atteint de pneumonie vous rencontrerez les signes de pléthore, un pouls plein et résistant, une forte coloration de la face avec céphalalgie, une haute température, de l'agitation, de la dyspnée, enfin de la turgescence des veines superficielles du cou, vous pourrez prescrire une saignée, et rendre ainsi service à votre malade. Dans ce cas, si vous y avez recours, tirez 100, 120, 150 grammes au plus, et n'y revenez pas.

Voilà pour la saignée générale, moyen exceptionnel. Mais il n'en est pas de même des émissions sanguines locales. Les ventouses scarifiées sont un excellent moyen, vous ne voyez y avoir souvent recours. Deux ou trois ventouses, donnant deux ou trois cuillerées de sang, rendent des services signalés, dans les cas où il y a un point de côté violent et de la dyspnée. Une seule application suffit. Je ne vous recommande pas les sangsues, dont l'emploi provoque beaucoup de répugnance chez les enfants et qui sont même parfois inapplicables.

Le point de côté peut aussi se calmer avec une injection de morphine, mais beaucoup d'enfants ont une telle appréhension de ces piqûres que ce moyen n'est pas toujours des plus faciles, surtout si on doit le renouveler.

A l'égard de la méthode révulsive, voici ce que je puis vous dire en peu de mots. Le vésicatoire est peut-être parfois inutile, mais il ne me paraît pas avoir les inconvénients, ni en-

---

et on ne put lui persuader le contraire qu'après un traitement qui le guérit de son cauchemar.

Un ecclésiastique vint me consulter. Monsieur; me dit-il, si vous ne me secourez pas, c'en est fait de moi, je tombe dans le marasme. Voyez comme je suis maigre et pâle, je n'ai plus que la peau et les os; moi qui d'ordinaire suis si frais et qui ai bonne mine, maintenant je ne suis plus qu'un spectre, que l'ombre d'un homme. — Qu'avez-vous, lui dis-je, et à quoi attribuez-vous votre maladie? — Je vais vous le dire, répondit-il, et vous en serez certainement étonné. Presque toutes les nuits, une femme dont la figure ne m'est pas inconnue, vient sur moi et se jette sur ma poitrine, et me presse si violemment que je puis à peine respirer. Je cherche à crier mais elle étouffe ma voix et plus je veux l'élever, moins je le puis. Je ne puis me servir ni de mes bras pour me défendre, ni de mes pieds pour fuir; elle me tient enchaîné et immobile.—Mais, lui dis-je en riant, ce que vous éprouvez dans votre sommeil, c'est le cauchemar et ce que vous voyez est tout simplement un être imaginaire, une ombre, un fantôme, un effet de votre imagination. — Je prends Dieu à témoin que l'être dont je parle, je l'ai vu de mes yeux, je l'ai touché de mes mains. Je suis éveillé et en pleine connaissance, quand je vois cette femme devant moi, je la sens qui m'attaque et je m'efforce de lutter contre elle, mais la crainte, l'anxiété et la langueur m'en empêchent. J'ai couru çà et là cherchant continuellement du secours contre un état aussi misérable, j'ai consulté, entre autres personnes, une vieille femme que le bruit populaire disait être fort habile et un peu sorcière. Elle me recommanda d'uriner vers le crépuscule et de boucher aussitôt mon pot de chambre avec une bottine du pied droit; elle m'assura que le même jour a femme dont il s'agit ne manquerait pas de venir me trouver.

Quoique cela me parût ridicule et que la religion même me détournât de faire cette expérience, vaincu cependant par la longue durée de ce mal, je l'essayai effectivement le même jour. Cette méchante femme vint chez moi, en se plaignant d'une horrible douleur vésicale, mais quelque chose que je puisse faire, soit par prière, soit par menace, je ne pus obtenir d'elle qu'elle cessât de me tourmenter par ses visites nocturnes.

Il fut impossible de détourner cet homme de son idée, cepen-

traîner les dangers qu'on a signalés dans ces dernières années, si on l'applique avec toutes les précautions et tous les ménagements nécessaires vis-à-vis des enfants. Les préparations liquides à l'aide desquelles la vésication est quelquefois obtenue en quelques minutes peuvent rendre ici d'importants services.

Les vésicatoires ont certainement leur utilité, et principalement à la fin de la maladie, lorsque la défervescence tardive ne se fait pas bien, ou bien lorsque les phénomènes d'auscultations ne se modifient pas.

C'est à ce même titre que les applications d'iode peuvent être recommandées.

La température du malade est parfois assez haute et d'une façon assez persistante pour qu'on ait recours aux antithermiques, l'antipyrine en tête, à des doses qui ne dépasseront pas 0,60 à 0,75 centigrammes par 24 heures. Je ne suis pas l'adversaire des bains tièdes ou froids, je ferai simplement remarquer, que dans notre milieu parisien, ils sont rarement d'une utilité incontestable et puissante, et que d'ailleurs, pour les appliquer avec fruit, il faut un outillage qui fréquemment fait défaut, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile.

On a dit le plus grand mal de la médication contre-stimulante, relativement à la pneumonie franche de l'enfant, et en particulier de l'émétique: je crois qu'il y a dans cette défiance beaucoup d'exagération. On a parlé de collapsus, de prolongation de la maladie, d'eschares. C'est aller un peu loin, la méthode rasorienne n'est pas applicable toujours, mais elle peut rendre et rend des services. Pour mon compte, j'avoue que je le prescris quelquefois à la dose de 1 décigramme, soit dans de l'eau pure, soit dans de l'eau mélangée de sirop de sucre. Non seulement le tartre stibié peut rendre des services en s'opposant à la persistance et à l'excès d'une stimulation contre laquelle il est bon de lutter, mais encore il agit à peu près invariablement comme évacuant, au moins dans certaines limites, et, sous ce rapport, il est avantageux de l'employer pour atténuer l'état saburral qu'il n'est pas rare d'observer au commencement de la maladie. Toutefois, je ne prescris pas l'émétique aux enfants au-dessous de 10 ans; je ne le prescris, quand j'en use, que pour une journée, et j'en fais suspendre l'emploi, si je vois survenir quelque phénomène m'indiquant que la contre-stimulation est suffisamment obtenue.

A la suite de l'émétique, je signalerai la poudre de James composée d'oxyde blanc d'antimoine et de phosphate de chaux. Cette préparation est peu usitée en France.

Voici quelques formules que j'emploie :

Emétique..........	0 gr. 10	à 0 gr. 15
Eau..............	60 —	à 80 —

ou bien

Emétique..........	0 gr. 10	à 0 gr. 15
Eau..............	40 —	à 50 —
Sirop de sucre.....	20 —	à 30 —

par cuillerées à café ou à dessert.

La poudre de James a la composition suivante :

Oxyde blanc d'antimoine.......	1 partie.
Phosphate de chaux........	2 parties.

Chez un bon nombre de jeunes malades, on est conduit par leur physionomie générale, par leur faiblesse, par leur détérioration antérieure à l'apparition de la pneumonie, à prescrire de prime abord les excitants diffusibles et les diaphorétiques, l'acétate d'ammoniaque, le café, l'eau-de-vie en nature ou en potion, le rhum, les vins généreux. Citons à la suite de ces agents la poudre de Dower, à la dose de 0,25 centigr. à 1 gramme par jour.

Certains enfants ont dès le début de très hautes températures, 40°, 40,5. En pareil cas on peut s'adresser avec avantage aux antithermiques :-l'antipyrine à la dose de 0,80 centigr., l'acide phénique, le salicylate de soude. Je ne suis pas très partisan des bains froids. On a dit qu'ils avaient des indications très nettes et rendaient de grands services, dans les cas où il y a de la dyspnée, de l'angoisse, une température très élevée. C'est possible. Mais dans notre milieu nous avons rarement l'occasion formelle d'y avoir recours, et puis, l'outillage nous manque, car c'est un point d'une grande importance dans l'application des bains froids, pour qu'on puisse en user sans danger.

J'arrive maintenant au traitement de ces formes qu'on a, du fait de la prédominance d'accidents nerveux plus ou moins graves, caractérisées du nom de pneumonies cérébrales : c'est ici qu'intervient alors la médication spasmodique et calmante, le musc, le bromure de potassium, le laudanum. Si le délire est le symptôme dominant, c'est à l'ergot de seigle, médicament prôné par M. le Dr de Gassicourt que nous aurons recours, à la dose de 0,50 à 1 gramme dans la journée. Enfin ce même médecin, avec son autorité particulièrere, commande également de hautes doses de chloral, 2, 3, 4 grammes par jour selon les cas et selon l'âge de l'enfant.

Tels sont, Messieurs, les moyens que l'arsenal thérapeutique met à notre disposition. Mais n'oublions pas que les en-

---

dant après quelques conversations, il commença à être convaincu de la nature de sa maladie et à concevoir l'espérance de la guérison.

Le cauchemar règne quelquefois sous forme épidémique. Simaque, médecin de l'école d'Hippocrate, a vu à Rome, le cauchemar régner épidémiquement et se terminer par la mort.

Le vampirisme n'est qu'une variété de cauchemar épidémique ou plutôt endémique dans certaines contrées.

En Morlaquie, il n'y a guère de hameau, dit Ch. Nodier, où l'on ne compte plusieurs *rukodlacks* et il y en a certains où le *rukodlack* se retrouve dans toutes les familles, comme le *sain* ou le *crétin* des vallées alpines. Ici la maladie n'est pas compliquée par une infirmité dégradante, qui altère le principe même de la raison dans ses facultés les plus vulgaires. Le *rukodlack* subit toute l'horreur de la perception, il la redoute et la déteste; il se débat contre elle avec fureur; il recourt pour s'y soustraire aux remèdes de la médecine, aux prières de la religion, à la section d'un muscle, à l'amputation d'une jambe, au suicide quelquefois; il exige qu'à sa mort ses enfants traversent son cœur d'un pieu et le clouent à la planche du cercueil pour affranchir son cadavre, dans le sommeil de la mort, de l'instinct criminel du sommeil de l'homme vivant. Le *rukodlack* est d'ailleurs un homme de bien, souvent l'exemple et le conseil de la tribu, souvent son juge et son poète.

A travers la sombre tristesse que lui imposent le souvenir et le pressentiment de sa vie nocturne, vous devinez une âme tendre, hospitalière, généreuse qui ne demande qu'à aimer. Il faut que le soleil se couche, il faut que la nuit imprime un sceau de plomb sur les paupières du pauvre *rukodlack* pour qu'il aille gratter de ses ongles la fosse d'un mort ou inquiéter les veilles de la nourrice qui dort au berceau du nouveau-né; car le *rukodlack* est vampire et les efforts de la science et les cérémonies de l'Église ne peuvent rien sur son mal. La mort ne l'eu guérit point tant qu'il conserve dans le cercueil quelque symptôme de la vie. Et comme sa conscience, torturée par l'illusion d'un crime involontaire, se repose alors pour la première fois, il n'est pas étonnant qu'on l'ait trouvé frais et riant sous la tombe : l'infortuné n'avait jamais dormi sans rêver.

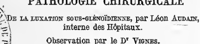
En Dalm atie, les sorcières ou les *ujertiza* du pays, plus raffinée

fants sortent le plus souvent anémiés de cette maladie, qu'ils grandissent : donc jamais de diète absolue. complète. Alimentez vos malades le mieux et le plus vite qu'il vous sera possible. D'ailleurs, l'appétit de vos jeunes clients le demandera souvent et de bonne heure après les premiers jours de fièvre.

Reste la question de la première sortie. Je ne saurais trop à ce sujet vous recommander la prudence. Gardez vos malades au lit pendant 10 à 12 jours, et permettez la première sortie seulement au commencement de la troisième semaine.

En résumé il y a un traitement de la pneumonie dans la première enfance, mais c'est en vain que vous prétendriez à une formule: il n'y en a pas. Il y a des indications symptomatiques, auxquelles un médecin qui sait et qui agit est tenu d'obéir. Et, dans ce traitement comme en toutes choses en médecine, il y va de l'intérêt du malade et du médecin de s'abstenir de toute exagération de système.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE



De la luxation sous-glénoïdienne, par Léon Audain, interne des Hôpitaux.

Observation par le Dr Vignes.

Suite (1).

II.

Symptomatologie des luxations sous-glénoïdiennes.

Avant de relater notre observation, il nous paraît utile d'exposer rapidement le tableau symptomatique des luxations sous-glénoïdiennes. Nous nous basons pour ce travail sur les cas publiés jusqu'à ce jour et sur notre propre observation.

L'attitude du malade dans les luxations sous-glénoïdiennes est assez caractéristique, bien qu'elle ne soit nullement pathognomonique. Généralement incliné du côté de la luxation, le malade soutient de sa main saine l'avant-bras correspondant au bras luxé. Le coude est écarté du tronc plus qu'on ne le voit dans aucune autre variété de luxation scapulo-humérale.

L'écartement du coude, qui, dans notre cas, au moment où nous avons examiné le malade était tel que l'axe du bras formait avec la paroi latérale du thorax un angle de 45° à 50° peut être beaucoup plus considérable. Dans une observation de Malgaigne, l'écartement atteignait l'angle droit. Mais il est rarement aussi considérable et ne mesure en moyenne que 40° à 50°. Dans le cas de Guépratte, cet angle était de 35° à 45°; dans celui de Robert de plus de 45°. Enfin, nous voyons Goirand d'Aix, Bourguet mentionner un écartement du conde de 20 à 23 centimètres environ. Cet écartement n'atteint pas toujours un degré aussi marqué. Il peut être à peine appréciable, comme le montre la troisième observation de Goirand. On pent cependant dire, en laissant de coté les exceptions, que la luxation sous-glénoïdienne s'accompagne généralement d'un écartement prononcé du conde.

En même temps que cette abduction pathologique, on observe parfois un certain degré de rotation du bras en dehors. Cette position, qui a été signalée dans la plupart des observations de luxation sous glénoïdienne publiées avant et depuis Malgaigne se retrouve aussi dans notre cas. Parfois elle est portée à un degré extrême : citons le cas de Malgaigne dans lequel la rotation en dehors était telle « que la face interne du bras regardait en avant. » La rotation du membre en dehors est cependant loin d'être constante : Robert a même vu chez son malade une *rotation en dedans* assez appréciable. Enfin, M. le professeur Panas fait remarquer que le bras peut être dans une situation intermédiaire. Il semble du reste attacher peu d'importance à cette position qui ne « dépendrait uniquement que des rapports anatomiques nouveaux de la tête luxée. »

A ces deux symptômes vient se joindre un signe très important au point de vue du diagnostic de la variété à cause de sa fréquence *l'allongement du bras*. Dans notre cas, il était de trois centimètres; dans ceux de Robert, Goirand d'Aix et Malgaigne, il a varié de 18 à 30 millimètres. M. Panas, il est vrai, a montré qu'il pouvait y avoir un raccourcissement de 2 à 3 centimètres « dû à la position plus interne de la tête qui chemine dans la profondeur du creux costo-scapulaire » Mais depuis J.-L. Petit, dans toutes les luxations sous-glénoïdiennes vraies, dont nous ayons la relation, on a mentionné un allongement du bras. Le seul cas où sur le vivant on ait constaté un raccourcissement a été par cela même suspecté par Goirand d'Aix. On peut donc affirmer sans trop craindre de se tromper, que lorsqu'il n'y a pas allongement, on n'a pas affaire à une luxation sous-glénoïdienne. Il peut sans doute exister

(1) Voir les numéros précédents.

---

que les *rukodlacks* dans leurs abominables festins, cherchent à se repaître du cœur des jeunes gens qui commencent à aimer, et à les manger rôtis sur une braise ardente. Un fiancé de 20 ans qu'elles entouraient de leurs embûches et qui s'était souvent réveillé à propos au moment où elles commençaient à sonder sa poitrine du regard et de la main, s'avisa pour leur échapper, d'assister son sommeil de la compagnie d'un vieux prêtre qui n'avait jamais entendu parler de ces redoutables mystères, et ne pensait pas que Dieu permît de semblables forfaits aux ennemis de l'homme. Celui-ci s'endormit donc paisiblement après quelques exorcismes dans la chambre du malade, qu'il avait mission de défendre contre le démon. Mais le sommeil était à peine descendu sur ses paupières, qu'il crut voir les *ujertiza* planer sur le lit de son ami, s'abattre et s'accroupir autour de lui avec un sourire féroce, fouiller dans son sein déchiré, en arracher leur proie et la dévorer avec avidité, après s'être disputé les lambeaux sur des réchauds flamboyants. Pour lui, des liens impossibles à rompre, le retenaient immobile sur sa couche et il s'efforçait en vain de pousser des cris d'horreur qui expiraient sur ses lèvres, pendant que les sorcières continuaient à le fasciner d'un œil affreux, en essuyant de leurs cheveux blancs leurs bouches toutes sanglantes. Lorsqu'il s'éveilla il n'aperçut plus que son compagnon, qui descendit du lit en chancelant, essaya quelques pas mal assurés et vint tomber froid, pâle et mort à ses pieds.

Ces deux hommes avaient fait le même rêve à la suite d'une perception prolongée dans leurs entretiens; et ce qui tuait l'un, l'autre l'avait vu.

Voilà ce qui en est de notre raison abandonnée aux idées du sommeil. (Ch. Nodier, *Voy. en Dalmatie*.)

(A suivre).

de très rares exceptions à cette règle, mais en pathologie comme partout du reste, il n'y a pas à compter avec les exceptions. Cependant l'allongement ne peut à lui seul caractériser la luxation sous-glénoïdienne, car on le trouve, quoique moins marqué, dans d'autres variétés de luxations scapulo-humérales.

Nous n'insisterons pas sur *la forme en épaulette* que prend la région par suite de la saillie plus marquée de l'acromion. Ce signe est commun à toutes les luxations scapulo-humérales. Il doit se produire pour ainsi dire fatalement toutes les fois que la cavité glénoïde est vide de la tête humérale.

L'état du muscle deltoïde est plus intéressant à considérer. Tantôt il passe comme une *planche* de l'épaule au bras, ainsi que le signale Guépratte; tantôt il se gonfle, forme une saillie assez considérable comme dans le cas de Robert. Nous-mêmes l'avons trouvé tendu sous la peau comme une corde au niveau de son insertion humérale.

Mais, quelle que soit la sensation donnée par le deltoïde après l'échappement de la tête humérale, on s'apercevra aisément à la simple exploration de la partie externe de l'articulation de la *vacuité de la cavité glénoïde*, le muscle peu soutenu cédant assez facilement à la moindre pression exercée sur cette région. Ce signe, à notre point de vue, est tout à fait banal. Il nous indique en effet simplement qu'il y a luxation sans donner aucune notion de sa variété.

L'examen de la partie interne du bras, ou plutôt du creux axillaire, nous renseigne beaucoup mieux à ce sujet. On y décèle toujours *la présence de la tête humérale*, dont les caractères sont tellement nets et faciles à saisir, que cet examen acquiert la plus haute importance.

La saillie humérale est située à une distance très appréciable du bec coracoïdien (1 à 3 centimètres d'après M. Panas), le plus souvent en dehors du plan passant par cette apophyse. Tantôt profondément située, elle se rapproche de la paroi postérieure de l'aisselle, tantôt au contraire appliquée en grande partie contre les côtés, elle semble être dans le reste de son étendue immédiatement placée sous la peau. Dans d'autres cas elle se rapproche de la paroi antérieure de l'aisselle, comme s'il y avait tendance à la transformation de la sous-glénoïdienne en luxation antéro-interne. Ce sont des cas mixtes qui ne méritent certainement pas d'être décrits comme variétés et sur lesquels nous n'insisterons pas. Quant aux deux autres positions que peut occuper la tête humérale dans la luxation sous-glénoïdienne et dont nous venons de parler, elles ont été très bien étudiées par M. le professeur Panas, qui désigne la première sous le nom de variété *scapulaire* et la seconde sous celui de variété *costale*. On verra qu'il s'agit dans notre cas d'une luxation sous-glénoïdienne de la variété *costale*. C'est surtout dans cette variété qu'il est aisé de saisir pour ainsi dire à pleine main la tête humérale, de constater sa grande mobilité et enfin de la faire rouler dans l'aisselle en imprimant au bras des mouvements alternatifs de droite à gauche et de gauche à droite. Les mouvements, pour être faciles, ne sont pourtant pas toujours sans éveiller une douleur plus ou moins grande.

Les fonctions du membre sont profondément troublées, le bras étant immobilisé dans une abduction considérable. Il n'en est pas de même des mouvements communiqués, surtout des mouvements autour de l'axe du bras; ceux-ci se font au contraire avec la plus grande facilité, et, il suffit parfois de bien peu de chose pour amener des déplacements tels que les symptômes physiques changent du tout au tout, témoin le cas de M. Tillaux. Au moment où on allait mouler le bras d'une jeune fille atteinte de luxation sous-glénoïdienne, on vit cette luxation, sous un effort peu considérable, se transformer en scapulo-humérale antéro-interne. Malle, dans ses expériences cadavériques, avait été frappé de l'amplitude et de la constance des mouvements qu'on pouvait communiquer à l'articulation; il *en avait même fait un siège pathognomonique de la luxation sous-glénoïdienne.*

La clinique n'est pas entièrement d'accord avec l'anatomie pathologique. Les mouvements communiqués existent, il est vrai, dans la plupart des cas, mais ils ne jouissent généralement pas d'une aussi grande amplitude que Malle le pensait.

Les mouvements spontanés sont de peu d'étendue; ils sont parfois même impossibles à exécuter.

En résumé, il importe de retenir que, dans la luxation sous-glénoïdienne: 1° les mouvements *provoqués autour de l'axe du bras* (rotation en dedans et rotation en dehors) sont constants et faciles quoique un peu douloureux; 2° que les mouvements de totalité du membre peuvent être également exécutés *dans une certaine mesure*; 3° que le mouvement d'abduction est très limité, *en général même impossible.*

Les complications d'ordre nerveux ou vasculaire sont rares dans cette variété de luxation. On verra que, chez notre malade, la circulation et la sensibilité étaient normales. Ceci tient, comme l'a démontré M. Panas, à ce que le faisceau vasculo-nerveux reste bien au-dessus de la tête luxée. La complication la plus redoutable qu'on ait observée, consiste dans la déchirure des parties molles (Dixon, Scott, Morel-Lavallée, Gorée). Ces cas sont heureusement tout à fait exceptionnels.

Le diagnostic de la luxation sous-glénoïdienne est en général facile. Mais rappelons-nous qu'il ne l'est devenu que depuis qu'on a su *anatomiquement* la différencier des autres variétés.

La simple inspection ne suffit que rarement à trancher la question.

L'attitude est en effet presque toujours plus ou moins la même dans les différentes espèces de luxations scapulo-humérales et ne saurait donner lieu, en tout cas, qu'à des présomptions.

Cependant un allongement un peu considérable joint à une abduction marquée et à l'absence de saillie sur la paroi antérieure de l'aisselle est plutôt en faveur de la sous-glénoïdienne.

Dans la variété sous-coracoïdienne de la luxation antero-interne, il y a également une abduction assez marquée du membre avec rotation en dehors, mais l'allongement est, lorsqu'il existe, peu considérable et difficilement appréciable. Le diagnostic se fera surtout par l'étude attentive des rapports nouveaux de la tête humérale; tandis que, dans la sous-coracoïdienne, elle est placée immédiatement sous l'apophyse coracoïde, dans la variété sous-glénoïdienne, nous l'avons montrée à une distance toujours très facilement constatable. Nous n'insisterons pas sur les autres symptômes propres à la sous-glénoïdienne que nous avons assez longuement décrits.

Quant à la luxation *extra-coracoïdienne* de Panas, on ne peut guère la confondre avec la sous-glénoïdienne. Ici nous trouvons une rotation en dehors très considérable: « l'épitrochlée regarde directement en avant et le coude est plus ou moins rapproché du tronc » (Panas), et c'est à peine si on constate un allongement de quelques millimètres. « Cette rotation en dehors si constante et si considérable du bras qu'on trouve dans l'extra-coracoïdienne n'a été que tout à fait exceptionnellement observée par Malgaigne. Nous avons vu que, dans la majorité des cas, elle est faible et qu'on a même vu la rotation se faire en dedans (Robert). Les rapports de la tête humérale avec l'apophyse coracoïde sont d'un grand secours dans le diagnostic différentiel. On constaté dans cette variété que les auteurs décrivaient sous le nom de *sous-coracoïdienne incomplète* la tête humérale placée par son côté interne directement au contact de l'apophyse coracoïde, le reste de la tête de l'humérus étant en rapport étendu avec la cavité glénoïde (Bailly).

Dans les variétés intra-coracoïdienne et sous-claviculaire, l'erreur est encore plus facile à éviter, la tête se trouvant

franchement en dedans de l'axe passant par cette apophyse.

On voit donc que si l'inspection et la mensuration peuvent nous être de quelque utilité en nous renseignant sur l'existence ou l'absence de la rotation en dehors et de l'allongement du bras, la palpation joue un rôle autrement important en nous permettant de saisir les rapports exacts de la tête humérale sur lesquels on s'est justement basé pour la création de ces différentes variétés. Nous devons dire, pour nous résumer, que d'une façon générale dans les luxations antéro-internes, les seules qu'il soit à la rigueur permis de confondre avec les sous-glénoïdiennes, *la tête humérale n'est jamais à proprement parler appliquée contre la paroi inférieure de l'aisselle*; elle se rapproche au contraire de la paroi antérieure, soulevant plus ou moins fortement le grand pectoral, et affectant toujours, par quelque point de la surface, des rapports intimes avec l'apophyse coracoïde.

Le diagnostic de la variété de la luxation sous-glénoïdienne ne présente pas de grandes difficultés : il repose uniquement sur les rapports de la tête humérale avec les côtes et le scapulum. Qu'on se rappelle seulement que, dans la variété *scapulaire*, « le col anatomique répond à la petite surface triangulaire d'insertion du triceps, tandis que, dans la variété *costale*, la grosse tubérosité seule repose sur cette surface, la tête est plus en dedans sur la paroi des côtes, au niveau généralement du troisième espace (Bouilly). Dans cette dernière variété, elle est donc plus superficiellement située et beaucoup plus facile à explorer.

Il nous reste à faire le diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales, postéro-externe et sus-glénoïdienne avec la sous-glénoïdienne. Nous serons très bref à ce sujet.

Dans la sus-glénoïdienne, nous trouvons de l'abduction du bras avec rotation en dehors et allongement ; dans les luxations postéro-externes (sous-acromiale et surtout dans la sous-épineuse) il y a *rotation en dedans*, le coude étant porté en avant et rapproché du tronc, et le plus souvent du *raccourcissement* Ces deux tableaux sont trop différents pour qu'il soit besoin d'insister plus longtemps.

Les autres affections qui, comme le rhumatisme, la scapulalgie, etc., peuvent entraîner en même temps qu'une certaine déformation des troubles fonctionnels, méritent à peine qu'on s'y arrête. L'interrogatoire seul du malade nous renseignera sur l'existence ou non d'un traumatisme et nous permettra d'éviter la confusion. Tout au plus, pourrait-on hésiter dans les cas où une affection du reste guérie de l'épaule aurait donné lieu à une luxation sous glénoïdienne *persistante*. Cette éventualité n'a pas, croyons-nous, été observée ou du moins publiée. Nous n'en tiendrons donc pas un compte sérieux.

Enfin pour terminer, nous devrons nous appliquer à reconnaître si la luxation sous-glénoïdienne est simple ou compliquée de fracture de l'extrémité supérieure ; ce diagnostic se fera par la connaissance des signes propres à la fracture de l'extrémité supérieure. M. le Dr Oger (Thèse Paris 1884) a réuni quelques cas dans lesquels la tête fracturée se portait *directement en bas*.

Il est intéressant de connaître la possibilité de cette *éventualité*. Il faut cependant dire que ces luxations sous-glénoïdiennes compliquées de fractures sont rares et, en tout cas, qu'il existe de tels délabrements que les symptômes sont profondément modifiés et que ces faits perdent leur intérêt en tant que luxations sous-glénoïdiennes.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DE WEIL.

(*Suite.*) (1).

— Il y a quelques semaines, le professeur Brodowski, de Varsovie, et son assistant M. Dunin ont publié une observation de « maladie de Weil », avec nécropsie. Le sujet, un ouvrier âgé de 36 ans, s'était présenté à l'hôpital le 12 décembre 1887, se disant malade depuis dix jours ; il avait eu de la céphalalgie, des frissons, des sueurs la nuit, des douleurs de ventre, de la constipation. C'était un homme d'une constitution robuste ; tégument externe pâle, d'une teinte jaune manifeste ; les conjonctives présentaient la même teinte. Œdème des membres inférieurs, remontant jusqu'à mi-hauteur des jambes. T. 38°. P. 96. A l'auscultation des poumons on percevait des râles humides des deux côtés, plus abondants à gauche. Rien d'anormal au cœur. Le foie, augmenté de volume, débordait le rebord des fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt ; il était d'ailleurs impossible d'atteindre le bord inférieur de la glande à la palpation, à cause de l'endolorissement du ventre et de la tension de la paroi abdominale. La limite supérieure de la rate se tenait au-dessus du niveau de la huitième côte, l'extrémité inférieure de l'organe était accessible au toucher. Constipation. Tous les ganglions palpables, au cou, dans les aisselles, aux coudes et aux aînes, étaient fortement tuméfiés et douloureux au toucher. Pareil endolorissement existait au sternum et aux os longs. L'urine contenait de la matière colorante biliaire et un peu d'albumine ; beaucoup de cylindres dans le sédiment. Léger accroissement du nombre des leucocytes, dans le sang. On n'a pas pu découvrir de bactéries, pas de spirilles notamment. Le malade avait un peu de torpeur cérébrale ; il se plaignait de ses maux de tête.

Pendant les trois jours suivants on n'a rien noté de nouveau. T. 38°6-39°6. Le 16 décembre, le malade se plaignait de souffrir horriblement dans la région du foie. L'ictère et l'œdème étaient plus accusés, le foie avait augmenté de volume ; les râles étaient devenus plus nombreux. Le lendemain le malade succomba dans le collapsus.

L'autopsie a donné les résultats suivants : hypérémie et légère tuméfaction de la muqueuse du pharynx et du larynx, avec hémorrhagies capillaires ponctiformes ; même état sur la trachée et les grosses bronches. Hypérémie et œdème des poumons ; ganglions bronchiques augmentés de volume, ramollis, d'un rouge grisâtre. Foie un peu plus gros et plus pâle qu'à l'état normal, parsemé de nombreuses taches irrégulières, de couleur argileuse, qui cotoient les ramifications de la veine-porte. Rate au moins cinq fois plus grosse qu'à l'état normal, d'un rouge foncé, de consistance presque fluide ; les corpuscules de Malpighi sont effacés. Reins deux fois plus gros qu'à l'état normal ; leur surface est lisse, d'une teinte rougeâtre, parsemée de petites taches blanches. La substance corticale est élargie du double, beaucoup plus pâle que les cônes de substance médullaire. Les seules anomalies constatées sur la muqueuse gastro-intestinale se réduisaient à la présence de quelques follicules clos d'un volume exagéré, et de taches pigmentaires noires, interposées aux plaques de Peyer. Les ganglions mésentériques, à l'instar des autres ganglions lymphatiques, étaient augmentés de volume, ramollis, d'un rouge grisâtre.

Les résultats fournis par l'examen histologique des principaux organes peuvent se résumer dans ceci : infiltration cellu-

(1) Voir les nos 5 et 6.

laire du tissu conjonctif interstitiel des poumons, du foie, des reins et de la rate; les taches jaunes et blanches, signalées dans le foie et les reins, répondaient à des agglomérations de petites cellules infiltrant la trame de ces glandes. Dans le foie, un certain nombre de cellules hépatiques étaient comprimées, plus ou moins atrophiées; d'autres étaient boursouflées, troubles, teintées par la bile. Dans les canaux contournés des reins, les cellules épithéliales étaient également boursouflées et troubles; ces cellules obstruaient les canaux et par places les distendaient au point que le tissu conjonctif interstitiel semblait avoir disparu. Altérations semblables dans un certain nombre de canaux droits de la substance corticale et de la substance médullaire.

Les recherches bactériologiques entreprises à l'occasion de ce cas n'ont donné que des résultats insignifiants: Entre les petites cellules qui infiltraient la trame conjonctive de quelques organes, on a découvert quelques grosses cellules irrégulières remplies de microcoques.

— Enfin, dans le courant du mois dernier, M. Fraenkel (*Société de médecine interne de Berlin*, 7 janvier 1889), a publié une observation qui montre le syndrome décrit par Weil se développant à la suite d'un traumatisme. Le cas concerne un étudiant en médecine âgé de 22 ans, qui avait reçu, à la salle d'escrime, un coup de rapière sur la région frontale droite. Il en était résulte une plaie de 3 centimètres de longueur, sur laquelle on appliqua immédiatement un pansement antiseptique. Tout alla bien pendant les premières trente-six heures. Puis le malade vint en proie au frisson, à la fièvre. T. 40°. La plaie s'était cicatrisée par première intention, et la cicatrice avait bon aspect. Cependant, au bout de quarante-huit heures, il s'était formé autour de la cicatrice, une zone érysipélateuse, dans une étendue grande comme une pièce de un franc, et qui dura deux jours. La fièvre persistait; le malade devint agité; il ne dormait plus, il avait le délire; puis survint un ictère très prononcé. Langue saburrale, diarrhée, albuminurie, matière colorante biliaire dans l'urine. Neuf jours plus tard, le malade fut repris d'un accès de fièvre. T. 39°,5. La défervescence se fit d'une façon lente et graduelle. La convalescence a duré plusieurs semaines.

— Voilà les faits; il me reste maintenant à parler des interprétations qu'on en a données. Mais tout d'abord il convient d'insister sur une remarque que j'ai déjà faite dans le cours de cette revue, et qui se dégage de la simple lecture des documents passés en revue: Parmi les observations, en nombre assez considérable, qu'on a publiées comme des exemples d'une affection nouvelle, la « maladie de Weil », il en est peu qui reproduisent d'une façon rigoureuse le syndrome décrit par ce médecin. Quelques-unes s'en écartent très sensiblement, en différent par des traits dont l'importance n'est pas à nier; je suis entré à ce sujet dans des détails sur lesquels il serait superflu de revenir. Fondre ces matériaux disparates dans un cadre unique, pour en faire quelque chose comme une entité morbide, c'est ouvrir la voie à des malentendus inévitables. On s'expose ainsi à découvrir entre la « maladie de Weil » et d'autres affections plus ou moins ressemblantes, des analogies et des différences qui ne s'appliquent qu'à un nombre restreint de faits tirés de cet ensemble hétérogène qu'on a catalogué sous une étiquette commune. Pour éviter de pareils malentendu, je m'en tiendrai, dans ce qui va suivre, au seul parallèle établi par Weil entre les faits de son observation personnelle, et les états pathologiques dont on peut être tenté de les rapprocher; chemin faisant, je signalerai les interprétations qui peuvent s'adresser à d'autres faits compris dans l'énumération qui a précédé.

Pour M. Weil, il est inadmissible d'abord qu'il se soit agi, chez ses malades, d'un ictère catarrhal simple ou d'une néphrite primitive aiguë, ou d'une association fortuite de ces deux affections; l'intensité de la fièvre, l'apparente gravité de la maladie, la tuméfaction de la rate, le peu d'intensité et de durée de l'ictère, l'évolution considéré dans son ensemble, sont autant d'arguments contraires à cette hypothèse.

Dans les cas où les symptômes hépatiques dominaient en quelque sorte la scène morbide, la maladie, à une certaine période de son évolution, eût pu être prise pour une atrophie jaune aiguë du foie. En effet, cette affection compte parmi ses symptômes l'ictère, l'endolorissement, et (au début) la tuméfaction du foie, l'augmentation du volume de la rate, les manifestations cérébrales graves. Mais on relève des différences très tranchées dans les modes respectifs d'évolution de l'atrophie jaune aiguë du foie et de la « maladie de Weil ». La première débute toujours par un stade prodomique, pendant lequel la maladie revêt les dehors d'un simple ictère catarrhal; dans la seconde, le début est toujours brusque et marqué d'emblée par des symptômes graves. D'emblée la fièvre s'allume et atteint une grande intensité, tandis que l'atrophie jaune aiguë du foie à sa période d'état, évolue sans fièvre, quelquefois même s'accompagne d'hypothermie. De plus, il existe une constipation opiniâtre; l'ictère gagne progressivement en intensité, l'urine ne renferme que peu d'albumine, peu de cylindres; le foie diminue de volume; on assiste à l'éclosion d'une véritable diathèse hémorrhagipare, presque toujours l'issue de la maladie est fatale. Dans la « maladie de Weil » on observe indifféremment de la diarrhée et de la constipation, quelquefois des alternatives de l'une et l'autre; l'ictère, peu prononcé en général, décroît rapidement, les symptômes néphrétiques tiennent une place prépondérante dans l'ensemble des symptômes, le foie reste augmenté de volume, les hémorrhagies font défaut ou se réduisent à peu de chose; la maladie se dépouille rapidement, du jour au lendemain, de ses apparences de gravité; la guérison est de règle.

Toutefois, de l'aveu de M. Weil, on pourrait, à la rigueur, considérer le nouveau syndrome comme l'expression clinique d'une modalité de l'atrophie jaune aigue du foie, d'une forme atténuée, abortive.

D'un autre côté, à première lecture des faits relatés par M. Weil et d'autres auteurs, l'idée vient immédiatement qu'il s'agit là d'une *maladie infectieuse ou toxique*. M. Weil a passé en revue les principales maladies de cette nature, auxquelles on pourrait être tenté d'assimiler le nouveau syndrome. Il repousse sans débat toute assimilation de *ses* faits à la pyémie et la septicémie. Mais ce procédé de raisonnement n'est pas applicable à tous les faits publiés sous le titre de « maladie de Weil »; à propos de l'observation de M. Fraenkel, mentionnée ci-dessus, M. Bartels a soutenu, avec juste raison, que selon toute apparence il y avait eu là en jeu une infection septique. En vain objecterait-on contre cette interprétation que la plaie, point de départ des accidents, s'est cicatrisée par première intention. On peut toujours se représenter que la paroi crânienne a été intéressée dans une certaine mesure par le traumatisme, et en pareilles circonstances on voit se développer des processus septiques qui donnent lieu à de l'ictère, à des manifestations cérébrales.

M. Weil ne croit pas non plus qu'il y ait confusion possible entre la maladie décrite par lui et la fièvre récurrente. Son opinion se fonde principalement sur ce que, chez ses malades, la température fébrile n'a pas suivi la marche si caractéristique qu'on lui connaît dans la fièvre récurrente. D'autres auteurs, on l'a vu par les renseignements qui précèdent, ont constate l'absence des spirilles, des micro-organismes pathogènes de la fièvre récurrente, sang de malades qui réalisaient plus ou moins exactement le syndrome de Weil. Mais une constatation négative de ce genre n'a qu'une valeur rela-

tive. Elle a été faite notamment chez les malades de M. Fiedler, et chez ceux-ci, la manifestation la plus saillante, les douleurs musculaires (muscles des mollets, principalement), ajontait encore aux traits de ressemblance qu'on découvre entre certaines observations rattachées à la « maladie de Weil » et la fièvre récurrente. Car les douleurs musculaires dans les mollets constituent le symptôme le plus constant et le plus saillant de la fièvre récurrente, suivant la remarque de MM. Brodowski et Dunin, qui ont eu des occasions nombreuses d'étudier cette maladie.

Ces deux auteurs ont fait observer aussi que ce que Griesinger a décrit sous le nom d'*affection typhoïde bilieuse*, n'est en somme que la fièvre récurrente compliquée d'ictère. Or, de l'aveu de M. Weil, c'est avec l'espèce morbide ainsi dénommée par Griesinger que le nouveau syndrome offre la plus grande analogie. Je note en passant que deux des quatre cas relatés par Weil sont survenus à une époque où une petite épidémie de fièvre récurrente venait de sévir à Heidelberg, événement insolite dans ces parages. Bref, il est assez vraisemblable qu'une partie des observations décrites en Allemagne sous le titre de maladie de Weil n'étaient que des exemples de la forme bilieuse de la fièvre récurrente, décrite par Griesinger sous le nom d'affection typhoïde bilieuse (*biliöses Typhoïd*).

(*A suivre*). E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA FOLIE HÉRÉDITAIRE (Les dégénérés), par le Dr H. SAURY (Lecrosnier et Babé, éditeurs).

Nous sommes un peu en retard pour rendre compte de cette intéressante brochure. Cependant, il est temps encore d'en parler, car la question qu'elle traite est plus que jamais d'actualité.

Depuis quelques années, en effet, l'étude des dégénérescences psychiques commencée surtout par Morel en France, a été reprise avec une nouvelle ardeur, et bien des notions ont pu ainsi être ajoutées aux acquisitions premières. Toutefois, l'accord est loin d'être complet, et bien des points restent encore à éclaircir.

L'opinion de M. Saury, entièrement conforme d'ailleurs à celle de son maître, M. Magnan, se résume dans les grandes lignes, dans les données suivantes :

Les traits fondamentaux de la dégénérescence (considérée chez l'adulte comme chez l'enfant) peuvent être ramenés à deux groupes principaux :

1° Terrain de préparation :

a. — Signes d'ordre physique. Ils n'ont rien de fixe et donnent lieu à des présomptions plutôt qu'à des certitudes. Ce sont des irrégularités dans l'arrangement organique, des infirmités partielles, des anomalies par excès ou par défaut.

b. — Signes d'ordre intellectuel et moral. Plus ou moins accusés mais constants. Ils consistent dans un manque d'équilibre des facultés. Tantôt à un niveau intellectuel normal correspond une situation morale défectueuse ; tantôt, au contraire, l'intégrité des sentiments et des penchants s'accompagne de lésions de l'intelligence ; enfin, la pondération peut exister, mais si instable, qu'elle est incapable de résister au moindre choc.

2° Etat délirant :

a. — Insignifiance des causes déterminantes. Marche irrégulière du délire qui, s'installant et se développant avec la plus grande facilité, prend d'emblée n'importe quelle forme (ambitieuse, mystique, de la persécution, etc.) sans tendance à l'évolution systématique. Accès paroxystiques avec alternatives brusques. Rapidité dans le début et la disparition des phénomènes. Prédominance de l'élément impulsif sur les troubles sensoriels.

b. — Obsessions et impulsions instinctives, avec conservation de l'intelligence. Syndromes épisodiques des héréditaires : folies raisonnantes, folies avec conscience, folies morales, monomanies instinctives, névroses émotives, terreurs morbides, etc. Il s'agit là d'une disposition automatique, qui se montre à tout âge, avec les mêmes attributs essentiels, quelles que soient les conditions sociales ou morales du sujet. L'obsession et l'impulsion, avec leurs caractères d'instinctivité constituent un signe capital, pathognomonique, qu'on ne rencontre que chez les dégénérés et qui, à lui seul, est un indice certain de folie héréditaire.

— L'ensemble des manifestations propres à la dégénérescence, prouve, en somme, que l'idiot, l'imbécile et le dégénéré supérieur, appartiennent à une même famille, sont liés par une tare originelle similaire. Est-il besoin de rappeler les analogies de ces types divers ? Il suffira de résumer leurs différences, en concluant avec Morel : les vices de structure interne et les anomalies extérieures sont d'autant plus apparents que les individus se trouvent placés plus bas dans l'échelle des dégénérescences ; le trouble psychopathique est d'autant plus évident que l'on envisage les degrés inférieurs.

Et maintenant faut-il se demander comment s'opère la dégénérescence ? Pourquoi, dans ses transitions, n'est-elle pas méthodique et uniforme ? Pourquoi, d'une génération à l'autre, se produit-elle tantôt successivement, tantôt d'une manière instantanée ? Comment expliquer le contraste offert par une même filiation, où l'on trouve des débilités mentales à côté de grands talents, des hommes à équilibre parfait à côté d'aliénés ? Questions complexes et obscures ! Il est certain qu'en dehors de la cause générale, des causes spéciales et individuelles entrent en action. Insister sur ce point, serait dépasser le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

LES ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES DES MUQUEUSES ET DES ORGANES DES SENS ET LES ZONES HYSTÉROGÈNES DES MUQUEUSES. RECHERCHES CLINIQUES, par le D 'L. LICHTWITZ. (Thèse de Bordeaux 1887).

Cette thèse d'un jeune et distingué docteur de l'Université de Vienne, qui a tenu à conquérir de nouveau ses grades en France, constitue un excellent travail, justement récompensée par la Faculté de médecine de Bordeaux.

Elle se compose de deux parties distinctes, l'une dans laquelle l'auteur étudie en détail et en précisant les observations déjà faites, les anesthésies des muqueuses et des organes des sens ; l'autre, où il aborde la question des zones hystérogènes des muqueuses. Cette seconde partie est la plus intéressante, parce qu'elle est la plus neuve. On sait en effet qu'aucun travail d'ensemble n'avait encore paru sur la matière. Voici d'ailleurs les conclusions qui résultent à cet égard des recherches intéressantes de l'auteur :

1° Il existe des zones hystérogènes sur les muqueuses.

2° Sur nos onze hystériques, six avaient les zones hystérogènes des muqueuses : sur la muqueuse nasale, six fois ; sur la muqueuse laryngée, quatre fois ; sur le pharynx nasal, trois fois ; sur la muqueuse buccale et pharyngée, deux fois ; sur le conduit auditif externe et le tympan, deux fois ; sur la trompe, une fois ; sur la conjonctive, la cornée et le conduit lacrymal inférieur, une fois.

3° Les malades ayant des zones hystérogènes sur les muqueuses possédaient des zones extérieures et étaient tous sujets à des crises convulsives, quelques-uns même à des attaques somnambuliques spontanées.

4° De ces malades, cinq présentaient de l'hémianesthésie cutanée et un de l'analgésie cutanée totale.

5° Les zones étaient ordinairement symétriques; toutefois les zones nasales du côté hémianesthésique du corps étaient moins étendues et un peu moins excitables que celles de l'autre côté.

6° Les muqueuses (surtout la mnqueuse nasale) occupées par les zones, offraient souvent des lésions anatomiques plus ou moins prononcées.

7° Les zones hystérogènes siégaient ordinairement sur les muqueuses sensibles.

8° L'excitabilité des zones offrait des différences marquées chez les divers malades et sur le même sujet toutes les zones n'étaient pas également sensibles, mais en général elles étaient facilement excitables.

9° La pression avec une sonde était le moyen ordinaire de leur excitation. Nous avons aussi excite les zones nasales par des agents chimiques (acide acétique, ammoniaque) et les zones buccales par les courants faradique et galvanique d'assez grande intensité.

10 Le chlorhydrate de cocaïne en solution à 10 0/0 rendait parfois les zones inexcitables. L'électricite statique abolissait l'excitabilité des zones spasmogènes.

11° Les zones hystérogènes des muqueuses peuvent apparaître et disparaître ou changer de nature du jour au lendemain. Ordinair ement elles sont assez constantes.

12° La counaissance de l'existence des zones des muqueuses explique certains phénomènes qu'on a observés chez des personnes névropathiques et permettra d'éviter les accidents qui peuvent survenir dans les opérations pratiquées sur les muqueuses des hystériques.

13° Les zones des muqueuses ont une valeur diagnostique: elles permettront, une fois constatées, d'établir un diagnostic immédiat.

14° Les muqueuses, surtout celles occupées par des zones hystérogènes, ont une grande importance étiologique et thérapeutique au point de vue de l'explosion et de la gravité de certains symptômes de l'hystérie.

BULLETIN

Conditions de propagation de la diphthérie; moyens prophylactiques : isolement et antisepsie.

La diphthérie n'a cessé de s'accroître depuis plusieurs années et est devenue la maladie qui, après la tuberculose, prélève sur la vie humaine la dîme la plus considérable. Elle est, à juste titre, l'épouvantail, le cauchemar des mères de famille; nulle maladie, en effet, n'est plus meurtrière : dans les hôpitaux d'enfants, elle entraîne une mortalité de 60 à 80 p. 100. Elle constitue donc un véritable péril social et mérite de fixer spécialement l'attention des microbiologistes, des cliniciens, des hygiénistes, et de tous ceux qui, à un titre quelconque, ont à s'occuper des questions intéressant la santé publique.

L'un des premiers et des plns importants problèmes à étudier et à résoudre réside dans la pathogénie et le mode de propagation de la maladie.

Il est admis aujourd'hui par tout le monde que la diphthérie procède d'un germe infectieux et, sous ce rapport, les récentes expériences de MM. Roux et Yersin, confirmatives des recherches de Löffler et de beaucoup d'autres, ne laissent plus de doute sur le rôle pathogénique du bacille décrit par ce dernier auteur. Mais comment se comporte ce germe infectieux, ce bacille, pour passer d'un organisme à un autre et propager ainsi l'infection? Quel en est le véhicule? Est-ce l'air, l'eau, les objets souillés par les malades, le fumier des basses-cours, etc.? On comprend que, de la solution de ces questions, dépend l'institution de mesures prophylactiques vraiment efficaces.

L'étude de ces divers points est toujours difficile dans les grands centres où les sources d'infection sont nombreuses, constantes, impossibles par conséquent à bien dégager les unes des autres. Il en est autrement dans les villages, où il est possible, pour une épidémie, de constituer la filiation des cas et, sons ce rapport, on ne saurait trop réclamer et encourager le concours des médecins qui exercent à la campagne.

Il a régné à Oullins, près de Lyon, dans les derniers mois de 1888, une épidémie de diphthérie sur laquelle M. Bard, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon et médecin des hôpitaux, publie actuellement, dans le *Lyon médical*, un travail du plus haut intérêt. Grâce au concours des médecins de la localité, notre confrère a pu poursuivre une enquête des plus complètes et remonter à l'origine des 29 cas observés pendant la première phase de l'épidémie, s'étendant du 18 septembre à la fin de novembre. Après un temps de rémission, l'épidémie s'est réveillée et paraît ne pas être encore éteinte. M. Bard n'a pu continuer son enquête, mais les résultats de ses premières recherches n'en sont pas moins importants et méritent d'être euregistrés.

M. Bard a recherché tout d'abord quelle pouvait être l'origine du premier cas de diphthérie observé à Oullins. Il a relevé des causes nombreuses, mais banales, d'insalubrité, travaux de voirie en cours d'exécution, sol humide, couvert d'immondices, de résidus de toutes sortes, voisioage de poulaillers, d'une bergerie et des dépôts de fumiers qu'elle amène, etc.; ces conditions insalubres existaient depuis lougtemps, elles ne paraissent avoir joué aucun rôle sur l'évolution ultérieure de l'épidémie; il est donc difficile d'y rattacher la genèse de cette épidémie. M. Bard conclut à une importation par l'intermédiaire d'une contagion directe ou médiate.

Cette conclusion, qui manque à vrai dire d'une démonstration complète, est en rapport avec ce qu'on connaît de la résistance du germe diphthéritique, et par conséquent de la possibilité de sa conservation prolongée et de son transport. MM. Roux et Yersin ont démontré expérimentalement cette vitalité du bacille de Löffler qui, après cinq ou six mois de culture, conserve encore sa virulence. Des faits cliniques tendent à montrer que cette résistance du bacille s'étend bien au delà, deux ans (Darolles, Nocard), quatre ans (Worms). On nous a signalé récemment un autre fait semblable. Quand on ne peut constater, on est donc autorisé à soupçonner l'existence du germe diphthéritique. Cette induction est d'autant plus légitime qu'une fois le premier cas éclos, les suivants s'y rattachent par une filiation non interrompue, ainsi qu'il résulte de l'enquête de M. Bard sur l'épidémie d'Oullins.

Notre confrère a pu, en effet, établir comme une sorte d'arbre généalogique pour les 29 cas sur lesquels a porté cette enquête. La transmissibilité de la maladie dès son début et durant une longue période de la convalescence, la rapidité et la constance de durée de l'incubation qui a éte en moyenne de 24 heures, sont autant de circonstances favorables qui lui ont permis, pour 26 de ces cas, de retrouver le sujet contagionnant, et, pour la plupart, le jour de la contagion. 25 fois il y a eu contact direct du contagionnant et du contagionné; 1 fois la contagion a éte médiate. Sur les 25 contacts directs, 10 ont eu lieu dans la famille, de frère à frère; 3 par des relations de voisinage; 12 à l'école. Nous ajouterons de suite que la rémission de l'épidémie a suivi la fermeture de cette école. Dans 2 cas seulement, sur les 28 cas secondaires, le contact dangereux a pu être soupçonné, mais non démontré.

Le tableau de tous ces cas, dressé par M. Bard sous forme d'arbre généalogiqne, montre leur filiation et la marche de la

maladie. Le cas initial a donné naissance à 6 cas secondaires; 5 de ceux-ci restent stériles; le 6e continue la série, avec un cas par génération successive jusqu'à la troisième. Le cas de cette troisième génération en produit 3 autres, dont 1 reste stérile, 1 autre engendre 1 seul cas, le 3e en produit 3, sur lesquels 2 semblent rester stériles, et le dernier a 3 successeurs. J'ai encore 2 cas stériles, mais 1 très fécond, car il engendre 4 nouveaux cas qui, eux-mêmes continuent la série. En relevant le nombre de cas par génération, on trouve que la 2e en contient 6, les 3 suivantes 1, la 6e 3, la 7e 4, la 8e 3, la 9e 4, la 10e 3, la 11e 2. On voit par là que la diffusion est lente, difficile, irrégulière. Elle est en rapport avec la facilité des communications entre les jeunes malades et les enfants sains. L'épidémie a débuté pendant les vacances: la rentrée de l'école lui donne comme un coup de fouet; la fermeture de la même école est suivie, comme nous l'avons dit, d'une rémission.

La stérilité ou la fécondité des cas, au point de vue de la transmission de la maladie, dépend évidemment, en dehors de toute mesure prophylactique, de l'isolement relatif dans lequel se sont trouvés les malades. A ce point de vue les cas suivis de guérison sont plus dangereux que ceux qui ont entraîné la mort. Sur 22 cas dont M. Bard a pu connaître exactement la postérité locale, 11 sont restés absolument stériles, et comprennent 9 morts, 2 guéris; sur les 11 autres, 5 n'ont eu qu'un successeur: ce sont tous des cas de mort. Un autre, mort également, en a eu 2; 3, dont 1 mort, en ont eu 3 chacun; un guéri, en a eu 4; un, également guéri, le cas initial, en a eu 6. En somme, sur les 28 cas secondaires, 10 procèdent de cas suivis de mort et 18 de cas suivis de guérison. Et encore ce dernier chiffre est-il trop faible, car, à la date où M. Bard a terminé son enquête, si tous les cas de mort avaient terminé leur rôle, il restait 7 convalescents en situation de transmettre la maladie.

La conclusion la plus générale à tirer de cette enquête poursuivie avec tant de soin et de méthode, c'est que, dans le développement des épidémies de diphthérie, le rôle des causes banales est des plus restreints, sinon quelquefois nul, la maladie se propageant de malades à individus sains, le plus souvent par contagion directe, parfois par contagion médiate.

Dans sa leçon d'ouverture sur l'isolement et l'antisepsie à l'hôpital des Enfants-Malades, M. Grancher dit de son côté: « Il est de notion constante que le voisinage d'un diphthéritique est dangereux. Tous les médecins des hôpitaux d'enfants savent que la contagion frappe souvent les voisins de lit, et que le même groupe de lits, le même lit reste quelquefois longtemps périlleux. En voulez-vous la preuve? On relève sur nos tableaux de statistique le total de *nos cas intérieurs* pour 32 mois, du 1er novembre 1885 au 12 juin 1888. Dans nos trois salles, nous avons eu 69 cas. Or la salle Parrot a 28 lits et nous a donné 32 cas de diphthérie, sur lesquels 16 cas ont éclaté dans 5 lits. La salle Bouchut a également 28 lits et nous a donné 34 cas de diphthérie, dont 12 dans 4 lits. La salle Husson (maladies chroniques) a 22 lits: 4 cas de diphthérie y ont éclaté dont 2 dans le même lit,

« D'autre part, nous avons relevé plusieurs fois ce fait: un diphthéritique entre par erreur dans nos salles, il y reste 12 heures. Le lendemain, après son départ dans le pavillon des diphthéritiques, son lit est donné à un nouveau venu, qui contracte la diphthérie dans les 48 heures » (*Bulletin médical* n 155).

Cette propagation de la diphthérie par contagion directe on médiate, le peu d'extension du germe diphthéritique, sa vitalité, sa longue résistance, entraînent, comme moyens prophylactiques, deux mesures essentielles: l'isolement des malades et la désinfection des objets contaminés. De ces deux mesures, la seconde, dans l'espèce, semble devoir donner plus de garanties que la première. La chose est du moins démontrée en ce qui concerne les hôpitaux d'enfants. Dans la leçon que nous venons de rappeler, M. Grancher a fait voir, en effet, par des statistiques précises, que l'isolement des diphthéritiques à l'hôpital des Enfants-Malades n'a en rien diminué le nombre annuel des cas intérieurs. C'est que cet isolement est incomplet, insuffisant, illusoire. S'il peut contribuer à restreindre la contagion directe, il laisse un libre essor à la contagion médiate. C'est donc dans la désinfection, dans une antisepsie rigoureuse que notre savant confrère se propose désormais de chercher une barrière à la propagation de la maladie; voici un aperçu du système qu'il a institué dans son service, et dont nous avons dit un mot dans un précédent *Bulletin*.

D'abord personne n'entre dans le service sans avoir quitté ses vêtements du dehors et revêtu une blouse qu'on trouve dans un vestiaire à l'entrée de chaque salle.

Pendant la visite, de nombreux lavabos disséminés dans la salle permettent à chaque instant de se désinfecter les mains avec une solution antiseptique (solution de sublimé au millième, additionnée de 2 gr. d'acide tartrique).

Le personnel du service a été augmenté. Une infirmière spéciale est attachée aux petits malades atteints de maladies contagieuses, et ne doit absolument toucher à aucun autre. L'enfant contagionné est isolé de ses voisins de salle par un box ou grillage mobile qui entoure son lit et empêche ceux-ci d'en approcher. Son repas lui est apporté dans un panier spécial dont tous les ustensiles, panier compris, sont immergés immédiatement après dans de l'eau bouillante. Il en est ainsi de tous les objets ayant servi à l'enfant malade et ne pouvant être soumis à l'étuve.

Les lits, fabriqués très légers, faciles à démonter, et tous les objets qui s'y rattachent sont portés dans une étuve à vapeur humide sous pression où un séjour d'un quart d'heure suffit pour détruire tous les germes contagieux. Un courant d'air sec fait ensuite disparaître en moins d'une demi-heure toute trace d'humidité.

Le balayage de la salle contribuant à la dissémination des germes, on a recouvert les parquets d'un enduit composé d'huile de lin chaude et de litharge, ce qui permet de les laver chaque jour.

On voit, en somme, que c'est l'application à la médecine de l'antisepsie chirurgicale la plus rigoureuse. Il est permis, avec M. Grancher, d'en espérer de bons résultats: c'est ce que l'avenir montrera. En attendant, dans la pratique de la ville, où l'isolement est plus facile à réaliser qu'à l'hôpital, et où, par contre, les mesures d'antisepsie rigoureuse risquent de n'être pas toujours minutieusement observées, l'association des deux moyens prophylactiques s'impose comme une loi, comme un devoir absolu.

D. F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Victimes du devoir professionnel. — Un étudiant en médecine M. Pascaret, élève du service de santé militaire, vient de mourir à l'âge de 23 ans, d'une fièvre typhoïde contractée pendant sa période de stage à l'hôpital militaire Saint-Martin.

M. le Dr Masseloux, maire de Clussais, a succombé aux suites de la diphtérie, qu'il a contractée en donnant ses soins à ses malades. (*Bulletin médical.*)

— La rage en Allemagne. — On n'a constaté, dans tout

l'Empire allemand, que 4 cas de rage confirmée pendant l'année 1887.

Ce chiffre insignifiant montre ce que peuvent des mesures de police sanitaire rigoureusement appliquées.

— ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A BOMBAY. — Le gouvernement vient d'établir une quarantaine à Aden et Périm sur les navires venant de Bombay, en raison d'une recrudescence considérable du choléra dans cette ville. On compte plus de 50 cas de mort par semaine.

— CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE. — Ont été nommés membres du comité d'organisation de ce Congrès : MM. les docteurs Brouardel, Coutagne, Descoust, Garnier, Jaume, Lacassagne, Laugier, Leblond, Lutaud, Morache, Motet, Ogier, Pouchet, Socquet et Vibert.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le professeur Teissier père, de Lyon, vient de succomber à la maladie qui avait rappelé auprès de lui son fils, juge au concours d'agrégation en médecine. Nous avons entendu appeler M. Teissier « le Trousseau de Lyon » : c'est dire qu'il joignait au talent professoral un sens clinique profond et qu'il jouissait à un haut degré de la confiance publique et de la respectueuse estime de ses confrères. Sa mort sera vivement ressentie par le corps médical.

*
* *

Concours d'agrégation de médecine. — Le concours d'agrégation de médecine s'est terminé mardi soir. Sont nommés agrégés :

Paris : MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle, Netter.

Montpellier : M. Sarda.

Bordeaux : M. Ménard.

Lille : M. Combemale.

Lyon : M. Roque.

Concours d'agrégation de chirurgie. — Par arrêté ministériel en date du 19 février, l'ouverture du concours d'agrégation de chirurgie, précédemment fixée au 1er mars, est ajournée au 7 mars.

*
* *

Faculté de médecine de Paris. — Les cours et les conférences de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 4 et le mardi 5 mars. Ils reprendront le mercredi 5.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Specker est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Parisot.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Texier, professeur de pathologie interne, est nommé directeur pour une période de trois ans.

Ecole de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Ecole de médecine de Caen. — M. le Dr Bourienne est maintenu pour trois ans dans les fonctions de directeur.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi du suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Grenoble.

Ecole de médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Limoges.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rennes.

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr Révol, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre pour une période de six mois, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

*
* *

Ecole des Hautes-Etudes. — Il est créé, à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, un laboratoire de physiologie pathologique rattaché à la chaire d'histoire des corps organisés du Collège de France.

M. F. Franck, directeur adjoint à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est nommé directeur de ce laboratoire.

*
* *

Election d'un secrétaire perpétuel à l'Académie des sciences. — A la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Berthelot a été élu secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Pasteur, démissionnaire, par 47 voix sur 55 votants.

*
* *

Concours pour l'admission à quatre emplois de médecin adjoint du dispensaire de salubrité. — Ce concours s'ouvrira à la Préfecture de police (salle du Conseil d'hygiène), le lundi, 25 février, à midi, et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit à la Maison de correction de Saint-Lazare.

Il consistera en : 1° Une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers.

2° Une épreuve écrite, de deux heures, sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie.

3° Deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Pour chacune des épreuves de diagnostic, le maximum sera de 30 points. Il sera de 20 points pour les autres épreuves.

Prisons de la Seine. — L'ouverture du concours pour l'emploi de chirurgien suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de Saint Lazare, a été reportée, du lundi 4 mars au lundi mars, à midi. L'ouverture du concours pour l'emploi de médecin suppléant, a été reportée du mardi 5 mars au mardi 12 mars. La date de la cloture du registre d'inscription est reportée du samedi 23 février au samedi 2 mars.

— A la suite du concours ouvert à l'asile Sainte-Anne, le 10 décembre 1888, sont nommés dans les asiles publics d'aliénés de la Seine :

1° *Internes titulaires en médecine* : MM. Roubinowitch, Béchet, Berbez, Rieder, Marie, Blin, Bernard et Ravé.

2° *Internes provisoires en médecine* : MM. Guérin, Vigouroux, Barazer et Targowla.

*
* *

Cours à l'Institut Pasteur. — M. Duclaux, commencera le mardi 19 mars à 9 heures et demie à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, le cours officiel de chimie biologique qu'il faisait les années précédentes à la Sorbonne.

Les personnes qui désirent suivre ce cours peuvent se procurer des cartes au secrétariat de la Faculté des sciences a la Sorbonne.

M. Roux commencera le vendredi 15 mars un cours pratique de microbiologie.

Les personnes qui desirent suivre ce cours, doivent se faire inscrire à l'économat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En s'inscrivant les élèves recevront une notice donnant des indications nécessaires.

*
* *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Ducurtil. De la ténotomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique.

M. Besançon (Julien). Néphrite liée à l'aplasie artérielle.

M. Mery. Anatomie pathologique de la sclérodermie.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La bibliothèque médico-psychologique, du Dr Morel, va être mise en vente aux enchères, à Paris, du 18 au 22 mars.

Cette importante collection comprend plus de dix mille ouvrages sur le système nerveux, le somnambulisme, les maladies incurables, les asiles d'aliénés, l'hygiène, la médecine et la chirurgie. MM. J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille, enverront gratis le Catalogue aux personnes qui leur en feront la demande et se chargeront des commissions qu'on voudra bien leur confier.

Guide pratique de l'Accoucheur et de la Sage-femme, par Lucien Pénard, chirurgien principal de la Marine en retraite, etc., et Germain Abelin, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Rochefort. — 7e Edition, revue et augmentée. Paris, 1889, 1 vol in-18 de 712 p. avec 207 fig. Cartonné 6 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. Paris.

Étude pratique de la pepsine, par E. Chassaing, pharmacien de première classe, lauréat de la Société de pharmacie de Paris, officier d'Académie. Un vol. in-12 de 170 pages, cartonné : 3 fr.— Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris...

Guide pratique de petite chirurgie, par Michel Gangolphe, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, précédé d'une lettre de M. le professeur Léon Tripier. Un vol. in-12 de 140 pages, avec 4 planches hors texte. Prix : 2 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 FÉVRIER 1889.

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12.—Diphtérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 36. — Autres, 6. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 15. — Ramollissement cérébral, 5.— Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 37. — Broncho-pneumonie, 28. — Pneumonie, 70. — Gastro-entérite des enfants Sein, 11 — Biberon, 49. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonites puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 44. — Suicides, 13. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 16. — Total 1061.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3



60e Année. 7e Série. Tome VI. N° 10. 9 Mars 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DE WEIL.

(*Suite et fin.*) (1).

C'est à la fièvre typhoïde surtout qu'on a cherché à rattacher le syndrome décrit par M. Weil. Le professeur de Heidelberg constate que la question étiologique soulevée par les faits qui réalisaient ce syndrome recevrait la solution la plus simple, si la preuve était acquise qu'il s'agissait, dans ces faits, d'une forme endémique de « l'affection typhoïde bilieuse » (*einheimisches biliöses Typhoïd*), cette dénomination étant interprétée dans le sens d'une modalité de la fièvre typhoïde, compliquée d'ictère et de manifestations néphritiques. En ce cas, dit M. Weil « les faits seraient, par rapport à la fièvre typhoïde commune ce qu'est l'affection typhoïde bilieuse de Griesinger par rapport à la fièvre récurrente. »

Seulement, étant donné la durée habituelle de la maladie, il s'agirait en outre d'une forme abortive de la fièvre typhoïde, et d'une forme abortive qui, très souvent, donne lieu à des récidives, sous la forme de ces poussées fébriles, de ces retours offensifs de la fièvre, signalés dans l'exposé des faits. Voilà qui serait déjà insolite.

(1) Voir les nos 5, 6 et 7.

D'un autre côté, l'ictère est une complication rare de la fièvre typhoïde. De plus, les auteurs allemands, tels que Griesinger, Liebermeister, qui ont porté une attention spéciale sur cette complication, ne mentionnent ni la gravité apparente de l'état général, ni l'endolorissement et la tuméfaction du foie, ni les symptômes néphritiques, parmi les caractères cliniques de la forme bilieuse de la fièvre typhoïde; outre que dans trois cas de fièvre typhoïde compliquée d'ictère, relatés par Griesinger et qui offrent une assez grande ressemblance avec les faits de Weil, la jaunisse est survenue seulement dans le cours de la seconde période de la maladie.

En somme, M. Weil a conclu à l'impossibilité d'émettre un jugement précis sur la valeur des observations qui ont fait l'objet de son mémoire. Après avoir dit qu'on y pourrait voir des exemples d'une forme abortive de l'atrophie jaune aiguë du foie, il déclare, dans un autre passage qui sera cité plus loin, qu'alors même que l'atrophie jaune aiguë du foie eût été en cause dans les faits en question, elle ne serait survenue qu'en seconde date, à la suite d'une infection antécédente. Après avoir rapproché son syndrome de «l'affection typhoïde bilieuse » de Griesinger, M. Weil détourne ces mots de leur véritable signification, il les applique à une forme bilieuse de la fièvre typhoïde. Il expose les bonnes raisons qui le portent à voir dans ses faits l'expression d'un « nephrotyphus bilieux » ou d'une « forme bilieuse et rénale de la fièvre typhoïde ». Puis il montre que le rattachement des mêmes faits à la fièvre typhoïde se concilie mal avec ce que nous savons de cette maladie. Par voie d'exclusion, M. Weill arrive finalement à conclure que ses faits doivent être rattachés, jusqu'à preuve du contraire, à une maladie *sui generis*, fruit d'une cause

FEUILLETON

Des rêves morbides

CHAPITRE III.

RÊVES MORBIDES ESSENTIELS : LE CAUCHEMAR.

(*Suite*) (1)

Le cauchemar revêt quelquefois le type périodique; mais il faut bien prendre garde, car cette périodicité n'est souvent qu'apparente; on ne peut être sûr de sa réalité que lorsque le cauchemar revient toujours à la même heure et sous la même forme, ou bien lorsqu'il prend le type tierce ou quarte; car, ne se manifestant que pendant le sommeil, et le sommeil ayant ordinairement lieu pendant la nuit, on conçoit qu'il ne puisse être que périodique, mais cette périodicité est due plutôt au sommeil qu'au cauchemar lui-même. Cependant on cite des cas de cauchemars réellement périodiques. On trouve dans Parettus un incube à type tierce. Sylvius a publié l'observation faite sur lui-même d'un cauchemar intermittent. Les deux observations citées au commencement de cet article, sont des incubes périodiques. On peut encore considérer comme tel le cas suivant cité par Brierre de Boismont dans son livre sur les *hallucinations* : un jeune homme vit pendant plusieurs nuits consécutives, des hommes qui venaient se placer au pied de son lit pour en tirer les couvertures. Il engageait avec eux une lutte dans laquelle il était toujours vaincu, et lorsqu'il était complètement découvert, il sortait de sa crise.

Le Dr A. Perrez a publié, dans la *Gazette médicale* de Lyon (13 mai 1856), l'observation d'un cauchemar réellement intermittent.

Un officier espagnol Fernand Z... après avoir passé 42 nuits au chevet de sa fille, très dangereusement malade, fut atteint d'un cauchemar terrible. Toutes les nuits, à la même heure, il était réveillé par des rêves effrayants qui, irritant son cerveau, produisirent bientôt des crampes, des mouvements convulsifs, des afflux de

(1) Voir les numéros précédents.

spécifique non encore connue, et dont le développement est peut-être favorisé par certaines influences climatériques (chaleurs estivales).

Il me reste à citer ce que dit M. Weil de la pathogénie de cette maladie énigmatique.

Il s'agit, dit l'auteur, d'une affection infectieuse aiguë. La cause qui l'engendre, germe organisé ou virus chimique, occasionne dans les organes des altérations qu'on a coutume de désigner sous le nom de tuméfaction trouble, de dégénérescence parenchymateuse. La néphrite qu'on observe dans le cours de la maladie est donc de l'ordre des néphrites infectieuses, c'est quelque chose comme l'exagération de l'albuminurie infectieuse. Du côté du foie, l'agent pathogène spécifique provoque également un état de tuméfaction trouble des cellules glandulaires, qui se traduit par l'augmentation de volume et l'endolorissement de l'organe, et par un léger ictère. Etant données l'existence d'altérations palpables du foie et la présence de la matière colorante biliaire dans l'urine, cet ictère doit être considéré comme étant, de sa nature, hépatogène. Il se peut que la tuméfaction des cellules hépatiques aboutisse à une oblitération des canalicules biliaires de petit calibre, d'où ictère par résorption, que favorisent l'infiltration du tissu interstitiel et les altérations des canalicules biliaires les plus fins. Il est à supposer, d'ailleurs, que dans le foie comme dans les reins, ces altérations ne doivent pas atteindre un degré très prononcé, qu'elles sont susceptibles d'une prompte réparation. Néanmoins on peut les considérer comme équivalant à un premier degré de cette dégénérescence parenchymateuse qui, à un degré plus avancé, évolue sous les traits de l'atrophie jaune aiguë du foie de l'ictère grave. « Et de fait, il me semble, déclare explicitement l'auteur, que sous l'influence d'une intervention plus intensive de la même cause spécifique, des cas équivalents aux miens quant à l'étiologie et présentant ce même mode de début, évoluent dans la suite sous les traits de l'atrophie jaune aiguë et se terminent par la mort. Mais, alors même qu'il en est ainsi, il ne s'agit point d'une atrophie jaune aiguë du foie primitive, idiopathique, mais d'une forme secondaire, qui est venue s'associer à une maladie infectieuse aiguë. »

Ces derniers mots se rapportent évidemment à l'éventualité d'une *infection mixte*. La même hypothèse a été adoptée par M. Pfuhl, dans un travail que je n'ai pu me procurer, paru sous le titre de « Fièvre typhoïde avec ictère ». Ce titre dit assez de quelle infection mixte il s'agissait dans la pensée de l'auteur : au principe infectieux de la fièvre typhoïde se serait associé un agent pathogène ayant occasionné l'ictère, en vertu d'une action élective sur le foie, et cela dans des cas que M. Pfuhl n'hésite pas à assimiler aux faits de M. Weil.

D'autres auteurs, M. Fiedler, M. Haas ne veulent voir dans la maladie de Weil qu'une variété de forme abortive de la fièvre typhoïde.

Il semblerait que les cas de « maladie de Weil », qui ont donné lien à des autopsies, devraient nous éclairer sur ce dernier point, comme aussi sur la nature du processus en question. Mais d'abord se dresse la question déjà posée, qui est de savoir jusqu'à quel point ces cas sont assimilables aux faits relatés par Weil. Puis, par les renseignements que j'ai fournis plus haut on peut se convaincre que les constations nécroscopiques faites dans ces cas ne sont rien moins que concordantes. De lésions intestinales susceptibles d'être rattachées à la fièvre typhoïde, il n'en a pas été constaté dans les observations de Wagner, de Brodowski et Dunin. M. Nauwerck, cite par M. Fraenkel, a fait deux autopsies de sujets morts des suites d'un ictère fébrile, cas assimilés à la « maladie de Weil. » L'un des deux sujets avait succombé après quarante-huit heures de maladie. Le foie n'était pas augmenté de volume; dans l'intestin on trouva quelques ulcérations superficielles; tuméfaction d'un certain nombre de follicules clos isolés et de plaques de Peyer. A l'examen microscopique on ne trouva point de bacilles de la fièvre typhoïde; les lésions avaient l'air d'être en rapport avec quelque mycose intestinale. L'autre cas, dont l'évolution fut relativement lente (17 jours de durée), concernait un boucher; à l'autopsie, l'intestin fut trouvé absolument sain. Le foie et le rein étaient le siège d'une dégénérescence albuminoïde, comme dans le cas précédent; par places, le tissu interstitiel était le siège d'une infiltration en foyers, sans rapport apparent avec des amas de bactéries.

Tout cela ne saurait passer pour avoir une signification bien précise. En pesant et en comparant tous les faits que nous avons passés en revue, on ne peut que souscrire à la conclusion, essentiellement négative, que M. Fraenkel, dans sa récente communication, a formulée en ces termes : Le complexus symptomatique décrit par Weil ne présente une signification univoque ni au point de vue de l'étiologie, ni au point de vue de la symptomatologie, ni au point de vue de l'anatomie pathologique, autant qu'on en peut juger par les résultats nécroscopiques jusqu'ici connus. Les faits sont là qui démontrent qu'un ictère fébrile, accompagné de désor-

---

sang dans le tissu cérébral, une tristesse qu'il ne pouvait vaincre et un sentiment continuel et invincible de sa mort prochaine.

Le patient, jadis fortement constitué, est tombé dans un état de maigreur déplorable, sa figure est pâle, son expression triste et contractée par la lutte qu'il livre sans cesse à son mal, les pupilles sont rétrécies, les yeux larmoyants, les paupières agitées de mouvements convulsifs se ferment involontairement, tant la lumière lui est sensible. En un mot les souffrances du malade sont grandes, d'autant plus grandes qu'il les cache soigneusement à sa famille. Les vers suivants, faits par le patient lui-même, donneront une idée de son malheureux état.

Fernand toujours se lève
A l'heure de minuit,
Éveillé par un rêve
Dont l'horreur le poursuit.
C'est sa fille mourante,
Pâle, raide, sanglante,
Puis morte dans son lit.
Il la voit toujours belle,
Mais aucune étincelle
Dans son regard ne luit.
O dure et triste chose!
Elle est comme une rose
Morte en donnant son fruit.
Sitôt que l'heure sonne,
Où ce tableau d'horreur
Vient déchirer son cœur,
Le sommeil l'abandonne,
Il s'éveille au malheur.
Si ce rêve ne cesse,
De sa longue tristesse!
Fernand enfin mourra.
S'il faut qu'il y succombe,
Qu'on grave sur sa tombe
Les deux vers que voilà :
Ici repose un père
Qui trop sa fille aima.

La gymnastique, une grande sobriété, les boissons calmantes, l'étude, la poésie demeurent sans effet. Des épistaxis fréquentes amènent seules quelque soulagement aux souffrances du malade

dres du côté du système nerveux, de tuméfaction du foie et de la rate, d'albuminurie, peut se montrer à la suite d'un traumatisme infectieux, à la suite de l'introduction dans l'intestin d'ingesta en voie de décomposition, etc. Il arrive que, dans les mêmes circonstances, éclate un mouvement fébrile qui évolue suivant le type décrit par Weil, sans s'accompagner d'ictère, de manifestations cérébrales. D'autres fois encore, la fièvre qui éclate dans les mêmes circonstances n'offre rien de caractéristique. M. Fraenkel en vient ainsi à se représenter que des principes infectieux, d'espèces variées, et dont la nature est encore à déterminer, peuvent engendrer des syndromes qui se rapprochent plus ou moins de celui décrit par M. Weil, et dont l'ictère fébrile constitue l'élément principal. Il serait donc préférable, selon lui, de substituer la dénomination « d'*ictère infectieux ou septique* », à celle de « maladie de Weil » qui est propre à faire croire à l'existence très problématique d'un processus morbide dominé par une étiologie bien déterminée.

Si les observations de M. Weil n'aboutissent pas à la découverte d'une maladie nouvelle, elles auront en pour le moins le mérite d'attirer l'attention des cliniciens sur une question qui me paraît encore fort mal connue, sur les rapports de l'ictère fébrile avec les maladies infectieuses. E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE.

WEIL. — Ueber eine eigenthumliche mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende, acute Infectionskanrkheit (Sur une maladie infectieuse aiguë particulière, s'accompagnant d'une tuméfaction de la rate, d'ictère et de néphrite). *Archiv. für Klinische Medicin*, T. XXXIX, fasc. 3 et 4, p. 209, 1886.

F. GOLDSCHMIDT. — Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankhei Weil's. (Contribution à l'étude de la nouvelle maladie infectieuse de Weil). *Ibidem*, T. LX. fasc. 2, p. 238, 1887.

AUFRECHT. — Die acute Parenchymatose. Ein Beitrag zur Keuntniss der neuen Infectionskrankheit Weil's. (La parenchymatose aiguë. Contribution à la connaissance de la nouvelle maladie Infectieuse de Weil). *Ibidem* T. XL. fasc. 5 et 6, p. 619, 1887.

E. WAGNER. — Zwei Faelle von fieberhaftem Icterus (Weil). (Deux cas d'ictère fébrile) *Ibidem*, p. 621.

ROTH. — Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankeit Weil's. (Contribution à l'étude de la nouvelle maladie infectieuse de Weil). *Ibidem* T. XLI, fasc. 3, p. 314, 1887.

— HAAS. — Ein Beitrag zur neun Infectionskrankeit Weil's (Contribution à la nouvelle maladie Infectieuse de Weil). *Prager medic. Wochenschrift* 1887, n°s 39 et 40.

— FIEDLER. — Zur Weil'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie de Weil). *Archiv. für Klin. Medicin*. T. XLII, fasc. 4. p. 261, 1888.

— HÜBER. — Die neue Infectionskrankeit Weil's in der Armee. (La nouvelle maladie infectieuse aiguë de Weil, dans l'armée). *Deutsche militarärztl. Zeitschrift* 1888, n° 4.

NAUWERK. — Zur Kenntniss der fieberhaften Gelbsucht. (Contribution à la connaissance de l'ictère fébrile) *Münchener medic. Wochenschrift* 1888, n° 35.

PFLUEL. — Typhus abdominalis mit Icterus. (Fièvre typhoïde avec ictère) *Deutsche militarärztliche Zeitschrift* 1888, p. 385.

BRODOWSKI u. DUNIN. — Ein Fall der sog. « Weil'schen infectiösen Krankheit », mit letalem Ende. (Un cas de la maladie infectieuse aiguë dite de Weil, avec terminaison mortelle) *Archiv. für Klin: Medicin*. T. XLIII fasc. 4 et 5, p. 519, 1888.

A. FRAENKEL. — Zur Lehre von der sogenannten Weil'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de la maladie dite de Weil). *Deutsche medic. Wochenschrift* 1889, n° 9, p. 165.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE, par Léon AUDAIN, interne des Hôpitaux.

Observation par le Dr VIGNES.

Suite (1).

III

Fréquence, Causes, Pathogénie.

Les auteurs qui ont précédé Malgaigne regardaient la luxation sous-glénoïdienne comme la plus fréquente de toutes les luxations scapulo-humérales. Nous avons démontré, au chapitre historique, que cette opinion reposait sur une confusion manifeste, que Malgaigne a largement contribué à dissiper. On regarde aujourd'hui avec raison la luxation sous-glénoïdienne comme la variété la plus rare. En effet, depuis Malgaigne, bien que l'attention des médecins et des chirurgiens ait été attirée de ce côté, on n'a publié que *dix cas nouveaux* sur lesquels nous n'insisterons pas.

On a longtemps discuté sur la fréquence de la luxation

(1) Voir les numéros précédents.

C'est après tous ces efforts infructueux que le patient se décida à consulter le Dr Perrez.

Ce médecin lui conseilla de faire connaître avant tout son état à sa famille, de continuer la gymnastique, mais d'une manière modérée, de ne plus manger le soir, et avant de se coucher, de boire un verre d'eau froide, de se faire pratiquer de fortes frictions sur la peau de tout le corps, de poser des sinapismes aux extrémités, de dormir la tête élevée et découverte, de se lotionner souvent la tête avec de l'eau froide pendant la nuit, de renoncer à la poésie et de s'adonner à l'étude des mathématiques, et de l'économie politique. Ce traitement fut suivi rigoureusement dès le jour même. Mais sa fille, qui avait été la cause involontaire de la maladie, ajouta à ces prescriptions un moyen excellent qui seul aurait suffi à guérir son père. Toutes les nuits elle le réveillait à minuit, avant l'invasion du cauchemar, et ce moyen eut un plein succès.

Le Dr Laurent relate également un cas fort remarquable de cauchemar périodique. Ici le cauchemar n'eut que deux accès et se déclara, — ce qui est plus étonnant, — sur un grand nombre de personnes à la fois.

« Le premier bataillon du régiment de la Tour-d'Auvergne, dont j'étais le chirurgien-major, dit M. Laurent, se trouvant en garnison à Palmi en Calabre, reçut l'ordre de partir à minuit de cette résidence pour se rendre en toute hâte à Tropea, afin de s'opposer au débarquement d'une flottille ennemie qui menaçait ces parages. C'était au mois de juin, la troupe avait à parcourir près de 40 milles du pays ; elle partit à minuit et n'arriva à sa destination que vers 7 heures du soir, ne s'étant reposée que peu de temps et ayant souffert considérablement de l'ardeur du soleil. Le soldat trouva en arrivant la soupe faite et son logement préparé. Comme le bataillon était venu du point le plus éloigné et était arrivé le dernier, on lui assigna la plus mauvaise caserne et 800 hommes furent placés dans un local qui, dans les temps ordinaires, n'en aurait logé que la moitié. Ils furent entassés par terre sur de la paille, sans couvertures et par conséquent ne purent se déshabiller. C'était une vieille abbaye abandonnée. Les habitants nous prévinrent que le bataillon ne pourrait conserver le logement, parce que toutes les nuits il y revenait des esprits et que déjà d'autres régiments en avaient fait le malheureux essai. Nous ne fîmes que rire de leur crédulité ; mais quelle fut notre surprise d'entendre à minuit des cris épouvantables retentir en même temps dans tous

sous-glénoïdienne. Tandis que la plupart des auteurs s'accordent à la déclarer *rare*, Hamilton et l'école américaine la regardent comme la plus fréquente de toutes. Nous ne pouvons nous placer qu'au point de vue clinique pour trancher une question pareille. Or, il est certain que, *cliniquement*, cette variété de luxation s'observe rarement. M. le Dr Villar, dans ses conclusions, nous dit que « cette luxation est rare relativement aux luxations antéro-internes. » Nous allons plus loin, nous la regardons comme rare *d'une façon absolue*. Nous ne pouvons et devons juger que par ce que nous voyons sans entrer dans des considérations plus ou moins physiologiques ou hypothétiques.

Les causes qui donnent lieu aux luxations scapulo-humérales sont directes ou indirectes. Les premières sont beaucoup moins importantes, comme l'a fait voir M. le Dr Villar (1), dans un travail publié l'an dernier (chute sur l'épaule, coup, etc.); les causes indirectes sont plus fréquentes : telles les chutes sur la paume de la main ou sur le coude, *le bras étant dans l'abduction*. Cette condition joue un rôle considérable dans la pathogénie de la luxation sous-glénoïdienne. Il importe, pour bien saisir le mécanisme de cette luxation, de se rendre un compte exact des rapports qu'affectent entre eux les différentes parties de l'articulation, lorsque le bras s'écarte du tronc et, pour rendre les choses plus saisissantes encore, prenons le bras dans une abduction forcée.

Au début du mouvement, la tête humérale glisse de haut en bas dans la cavité glénoïde et se trouve, lorsque l'abduction est complète, en rapport par sa partie inférieure avec la partie antéro-interne de la capsule, sur laquelle elle s'appuie d'autant plus que la force à dépenser est plus grande. Les parties supérieure et externe du ligament capsulaire se relâchent. *La partie inférieure se tend*; la *partie antéro-interne*, qui s'attache au bord interne de l'humérus sur une longueur de plus de 2 centimètres, *se tend aussi*... (Professeur Sappey, anat. descript. I). Voyons maintenant l'état des muscles pendant l'abduction directe. Le sous-scapulaire est assez fortement tendu et oppose une résistance sérieuse à la pression exercée sur la partie antéro-interne par la tête humérale. Cette *tension* du sous-scapulaire est pour ainsi dire *passive*, dans ce sens qu'elle est déterminée par un simple changement de rapports des parties constituantes de l'articulation, auquel il faut pourtant ajouter l'effet produit par la tonicité musculaire.

Le muscle sus-épineux au contraire, dont l'action est *d'écarter le bras du tronc et de l'élever jusqu'à l'horizontalité en lui imprimant un léger mouvement de rotation en dehors*, est alors *contracté* et tient lieu de véritable ligament actif. On sait que ce muscle est un congénère assez puissant du muscle deltoïde, dont la principale action est l'abduction directe du bras, et qui, par conséquent, se trouve dans un état plus ou moins grand de contraction.

Sans vouloir encore tirer aucune déduction pathologique, on peut voir par ce simple aperçu anatomo-physiologique que la partie la plus faible de la capsule est celle qui est en contact le plus immédiat et le plus grand avec la tête humérale. Mais, continuons l'étude physiologique de cette articulation sans empiéter sur le mécanisme des luxations de l'épaule.

Lorsqu'au mouvement d'abduction, que nous venons de décrire, se joint une certaine *rotation du bras en dehors*, deux nouveaux muscles entrent en jeu : le sous-épineux et le petit rond et, par l'énergie de leur contraction, assurent la solidité de la partie externe. Aucun changement important ne se produit à la partie interne de l'articulation, notons seulement une exagération de l'état précédemment décrit. « Le sous-scapulaire, dit M. le professeur Sappey, s'enroule alors autour de l'extrémité supérieure de l'humérus qu'il recouvre presque entièrement. » En résumé, dans le mouvement d'abduction et de rotation en dehors, la tête humérale est solidement maintenue : 1° en dehors, par le sous-épineux et le petit rond fortement contractés; 2° en haut, par le sus-épineux et la voûte acromio-coracoïdienne; 3° en dedans par le tendon du sous-scapulaire. Le deltoïde forme encore un second plan de résistance en avant et en dehors; le grand pectoral allongé et tendu fortifie la paroi antérieure de l'aisselle. Le grand rond dont l'action est de porter le bras *en dedans et en arrière* obéit alors à sa tonicité propre. Il n'en est pas moins vrai qu'étant donnée la position du bras, ce muscle a une certaine tendance à l'attirer en *bas* en même temps qu'en arrière.

Toutes les parties de la capsule sont donc au moment physiologique prêtes à la résistance. Une seule pêche par faiblesse, c'est *la partie inférieure*, privée de muscles capables de la soutenir. Et il se trouve que c'est précisément cette partie qui supporte la plus grande pression, presque tout l'effort de la tête humérale!

Il est aisé de comprendre que, lorsqu'un traumatisme se produit dans ces conditions (abduction et rotation en dehors), la

(1) De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule par Francis Villar, aide d'anatomie de la Faculté. *Gaz. des Hôp.* 1887, n° 46.

---

les coins de la caserne, et de voir tous les soldats se précipiter dehors et fuir épouvantés. Je les interrogeai sur le sujet de leur terreur et tous me répondirent que le diable habitait dans l'abbaye, qu'ils l'avaient vu entrer par une ouverture de la porte de leur chambre sous la forme d'un très gros chien, à longs poils noirs, qui s'était élancé sur eux, leur avait passé sur la poitrine avec la rapidité de l'éclair et avait disparu par le côté opposé de celui par lequel il s'était introduit. Nous nous moquâmes de leur terreur panique et nous cherchâmes à leur prouver que le phénomène dépendait d'une cause toute simple et toute naturelle et n'était qu'un effet de leur imagination trompée. Nous ne pûmes ni les persuader, ni les faire rentrer dans la caserne. Ils passèrent le reste de la nuit dispersés sur le bord de la mer et dans tous les coins de la ville.

« Le lendemain, j'interrogeai de nouveau les sous-officiers et les plus vieux soldats, ils m'assurèrent qu'ils étaient inaccessibles à toute espèce de crainte, qu'ils ne croyaient ni aux esprits, ni aux revenants, et me parurent persuadés que la scène de la caserne n'était pas un effet de l'imagination, mais bien la réalité, qu'ils n'étaient pas encore endormis lorsque le chien s'est introduit, qu'ils l'avaient bien vu et qu'ils manquèrent en être étouffés au moment où il leur avait sauté sur la poitrine.

Nous séjournâmes tout le jour à Tropea et la ville étant pleine de troupes, nous fûmes forcés de conserver le même logement, mais nous n'y pûmes faire coucher les soldats, qu'en promettant d'y passer la nuit avec eux. Je m'y rendis en effet, à 11 heures et demie du soir, avec le chef de bataillon; les officiers s'étaient, par curiosité, dispersés dans les chambrées; nous ne pensions guère voir se renouveler la scène de la veille; les soldats rassurés par la présence de leurs officiers qui veillaient, s'étaient livrés au sommeil, lorsque vers une heure du matin, et dans toutes les chambrées à la fois, les mêmes cris se renouvelèrent et les hommes qui avaient vu le même chien leur sauter de nouveau sur la poitrine, craignant d'en être étouffés, sortirent de la caserne pour ne plus y rentrer. Nous étions debout, bien éveillés et aux aguets pour bien observer ce qui arriverait, et, comme on pense, nous ne vîmes rien de pareil.

(*A suivre*.)

partie inférieure de la capsule sera la première à se rompre et à livrer passage à la tête humérale. Les luxations sous-glénoïdiennes devraient donc théoriquement être les plus fréquentes de toutes et leur rareté semble en contradiction avec les données de l'anatomie et de la physiologie. Mais l'étude attentive des conditions dans lesquelles se sont produites les luxations sous-glénoïdiennes observées jusqu'à ce jour nous fait voir que cette contradiction est plus apparente que réelle. Il suffit de si peu pour transformer parfois une luxation sous-glénoïdienne en antéro-interne (cas de M. Tillaux) qu'on ne devrait nullement s'étonner qu'une sous-glénoïdienne primitive puisse, dans *le cours* d'un traumatisme, se changer en luxation antéro-interne. Dans une chute, il existe une série d'actes mécaniques qu'il nous est absolument impossible de saisir et de contrôler, et telle force qui, à un moment donné, agissait dans telle direction agit, dans la fraction de seconde qui suit, dans une direction toute différente.

Il est donc parfaitement admissible de concevoir cette transformation d'une luxation sous-glénoïdienne en antéro-interne par suite d'un changement dans la direction de la force agissante. Elle ne pourra se faire sans de nouvelles lésions de la capsule, aussi constate-t-on, dans la luxation antéro-interne, des délabrements autrement considérables que dans la sous-glénoïdienne. Pour exprimer notre pensée d'une façon plus saisissante, nous dirons que la sous-glénoïdienne n'est, en réalité, qu'une luxation antéro-interne *inachevée*. Il peut en être, à coup sûr, autrement; dans les cas, par exemple, de très violents traumatismes, ce premier temps peut être, pour ainsi dire, escamoté par la rupture primitive des tendons.

Donc, logiquement, la luxation sous-glénoïdienne ne peut se produire que dans les cas de traumatisme de moyenne intensité, lorsque les conditions de la chute sont telles que la force *agit pendant toute sa durée dans la même direction*. Nous aurons autrement soit une luxation antérieure, soit une postérieure. Mais il existe encore une autre condition qui permet la réalisation de cette variété, même dans les cas de traumatismes assez violents : c'est la *cessation brusque de la force après la rupture de la partie inférieure de la capsule*. On comprend que, dans de telles circonstances, la tête humérale n'ait aucune tendance à se porter ni en avant, ni en arrière, et que la luxation primitivement sous-glénoïdienne demeure définitivement sous-glénoïdienne. Il existe donc deux lois qui président à la production de cette variété de luxation : 1° la persistance de la force dans une direction déterminée toujours la même; 2° la cessation brusque de la violence. Qu'on ne s'imagine pas que ces lois soient de simples vues de l'esprit. La clinique vient absolument les confirmer. Prenons, par exemple, le cas de Tillaux. Une jeune fille joue à la raquette. Dans un mouvement *d'élévation* forcé et sans nul doute de rotation en dehors, il se produit une luxation scapulo-humérale qu'on reconnaît appartenir à la variété sous-glénoïdienne.

Cette variété était pour ainsi dire *fatale*. En effet, la violence n'ayant existé qu'au moment même où l'effort a été fait et ayant cessé immédiatement après la déchirure capsulaire, le bras devait se luxer en bas et rester fixé dans cette position. Un peu plus tard, on essaie de mouler cette variété de luxation qui paraissait typique, une traction sans doute un peu violente ou plutôt une nouvelle force agissant dans une nouvelle direction détermine un changement dans la position de la tête humérale, et ainsi se fit *sous les yeux mêmes* du chirurgien la transformation de la sous-glénoïdienne en antéro-interne. Il s'est réalisé dans ce cas ce qui ce produit certainement le plus souvent. Mais, tandis que dans la majorité des cas, les deux temps de la luxation antéro-interne échappent à l'analyse par leur rapprochement, ici, séparés par un long intervalle de temps, leur existence devient on ne peut plus nette et plus frappante.

Le cas de Robert, pour être moins saisissant, n'en est pas moins probant. Il suffit simplement d'analyser les diverses phases de l'accident pour se convaincre qu'en réalité la luxation a été et est restée sous-glénoïdienne par suite *de la cessation brusque de la violence*. Son malade tenait un cheval par la bride. Tout à coup, cet animal releva fortement la tête et entraîna de côté le bras de son gardien. Analysons. Le mouvement du cheval eut pour effet d'amener une abduction considérable en même temps qu'une rotation du bras en dehors. La tête de l'humérus vint presser violemment sur la partie inférieure de la capsule, une déchirure se fit. A ce moment, le malade dût lâcher la bride... Il n'y avait aucune raison pour que la tête humérale abandonnât sa nouvelle position. La luxation devait être une sous-glénoïdienne.

Les faits de Guépratte, Goirand, etc., sont plus compliqués et partant moins faciles à saisir. Nous n'y voyons pas la cessation brusque de la force agissante. Ces cas doivent être rangés dans ceux où la force a, du commencement à la fin, agi dans *la même direction*.

Mais nous ne pouvons mieux clore cet exposé pathogénique qu'en résumant et analysant brièvement l'observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Vignes. On y verra avec une netteté remarquable que la violence *disparut brusquement* et qu'après sa cessation, aucune autre cause n'intervint qui pût transformer notre sous-glénoïdienne. Un homme tient de sa main droite une des cornes d'un fort sac de blé (le bras en élévation et rotation en dehors) et descend une échelle de meunier. Arrivé au bas de cette échelle, le talon de sa bottine s'accroche, il est poussé en avant, se maintient de la main gauche à une planche transversale placée devant lui et essaie de la main droite de retenir le sac. Celui-ci glisse cependant malgré ses efforts et l'entraîne en arrière. A un moment donné, il est forcé de lâcher prise, et se retrouve assis sur le sac, le bras luxé. L'examen montre qu'on avait affaire à une luxation scapulo-humérale de la variété *sous-glénoïdienne*. Ici, plus que dans les autres cas peut-être, le mécanisme de la luxation saute aux yeux. En tout cas, il ne le cède en rien, comme netteté, aux deux cas que nous avons signalés plus haut. C'est une confirmation de plus de ce que nous venons d'avancer, il y a un instant. Forte abduction, élévation et rotation du bras en dehors, *cessation on ne peut plus brusque de la violence*, tout y est.

Nous sommes donc en droit de nous résumer en disant :

1° Que la luxation sous-glénoïdienne se produit dans les cas de mouvement d'élévation précipité du bras avec rotation en dehors, ce que MM. Tillaux et Panas ont bien démontré ;

2° Que les conditions indispensables à la luxation sous-glénoïdienne sont on *une direction invariable de la force agissante ou une cessation brusque de cette force après la rupture capsulaire*;

3° Lorsque la violence persiste et change de direction à un moment donné par suite de circonstances le plus souvent insaisissables, on aura, suivant le sens de ce changement, soit une luxation scapulo-humérale antéro-interne, soit une postéro-interne;

4° La luxation sous-glénoïdienne n'est qu'une sorte de luxation antéro-interne ou postéro-externe *inachevée* ou, ce qui revient au même, les luxations ne sont que des luxations *secondaires* produites par un concours de circonstances favorables;

5° Dans les cas de grands traumatismes seuls, les luxations peuvent être *d'emblée* antéro-interne ou postéro-externe par suite de la rupture primitive des tendons et de la partie correspondante de la capsule. Elles se font alors en un temps.

(A suivre).

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

I. RECHERCHES SUR LES MICROBES DU PUS BLENNORRHAGIQUE. — II. DU CANCER PRIMITIF DE LA RÉGION CLITORIDIENNE. — III. LES TUMEURS VASCULAIRES POLYPOÏDES DU MÉAT URINAIRE CHEZ LA FEMME. — IV. LE TRAITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES D'HERMANN VON ZEISSL. — V. LE LIVRE DU Dr L. REUSS SUR LA PROSTITUTION.

I. — M. Henri Pouey a fait des recherches personnelles au laboratoire de microbiologie de la Clinique d'accouchements sur le pus blennorrhagique, et il résulterait de ces recherches, non que la blennorrhagie est due à un microbe parfaitement caractérisé, mais que le pus blennorrhagique renferme de nombreux microbes, dont le développement peut être facilement arrête *in vitro* (1).

II. — M. Jules Dauriac, ayant vu un cas d'épithélioma du clitoris dans le service du professeur Richet, a fait des recherches pour trouver des cas analogues; il a réussi à recueillir dans les auteurs 24 observations de cancer primitif de la région clitoridienne (2). C'est donc une affection rare. Elle s'observe surtout dans la vieillesse et appartient dans la majorité des cas à la variété épithéliale.

Plus rarement on peut rencontrer le carcinome mélanique, le carcinome encéphaloïde, le squirrhe et le sarcome. Le cancer du clitoris a des débuts lents et insidieux, il se révèle généralement au début par des démangeaisons et un léger suintement séro-sanguinolent. Aussi lorsque ces symptômes se trouveront réunis chez une femme âgée, on devra penser à la possibilité de l'épithélioma clitoridien, et pratiquer un examen attentif de la région vulvaire.

Le diagnostic est loin d'être toujours facile, car le cancer pourrait être confondu avec l'hypertrophie du clitoris, le chancre induré, les ulcérations tertiaires de la syphilis, le chancre mou et les ulcérations tuberculeuses. Dès que le cancer du clitoris sera reconnu, pourvu que les lésions soient suffisamment limitées pour permettre l'opération, il faut se hâter de l'enlever en ayant soin de dépasser largement les limites du mal. D'après M. Dauriac on devra employer de préférence le thermo-cautère.

III. — Les *tumeurs vasculaires polypoïdes*, qui se rencontrent assez fréquemment au niveau du méat urinaire chez la femme, se développent principalement pendant l'âge adulte ; mais, d'après M. Alfred Jondeau (3), elles peuvent se rencontrer aussi chez l'enfant et dans la vieillesse.

Quand on s'est assuré de la présence de la tumeur, la douleur constitue le symptôme principal. Par ses irradiations (vessie, vagin, uterus), elle peut faire penser à d'autres affections (cystite, vaginisme, métrite). Les hémorrhagies sont fréquentes.

Le traitement médical est insuffisant, aussi doit-on, dès qu'on le peut, recourir au traitement chirurgical. L'excision suivie de la cautérisation, est le meilleur moyen de prévenir le retour de cette affection, qui récidive facilement.

IV. — Si les principaux traités didactiques de dermatologie de l'Ecole de Vienne ont été déjà traduits en français, spécialement par MM. Doyon et Besnier, par contre les travaux de syphiligraphie émanant de la même source avaient été un peu négligés. Aussi devons-nous être reconnaissants à M. le Dr Paul Raugé d'avoir mis à la portée de nos compatriotes, le livre de Hermann von Zeissl qui compte parmi les classiques en Autriche (1). Les qualités premières de ce traité, la précision et la clarté, faisaient d'ailleurs du texte original une œuvre déjà à moitié française, et toute prête à passer dans notre langue, si nous en croyons M. Raugé. La traduction a été faite sur la seconde édition, largement complétée et rajeunie par le fils de l'auteur, par Maximilian von Zeissl. Elle se présente à nous enrichie de nombreuses notes du traducteur, notes qui rappellent maintes fois les travaux, souvent oubliés dans le texte, des savants français sur les diverses questions de la vénéréologie.

Ce livre magistral comprend trois grandes divisions :

La 1re, consacrée à la *Blennorrhagie* ou catarrhe vénérien, est subdivisée en deux parties : l'une traitant de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme, l'autre de la blennorrhagie chez la femme jusques et y compris les végétations et les rétrécissements de l'urèthre.

La 2e partie, la plus courte, est consacrée à l'étude du chancre simple, aux diverses variétés du chancre mou et à ses complications : bubons et lymphangites.

La 3e division, de beaucoup la plus importante, est réservée à la syphilis. Après avoir traité de l'accident initial, de ses divers symptômes, de ses complications, M. Hermann von Zeissl aborde successivement l'étude des syphilides, puis celle des accidents syphilitiques des muqueuses, des viscères, des organes des sens, du système osseux, avant de s'occuper de la syphilis héréditaire et de ses manifestations.

Le livre se termine par un exposé des moyens de prophylaxie et surtout des méthodes de traitement des divers accidents de la syphilis.

Dans sa concision, ce traité représente fort bien l'état actuel de nos connaissances. Il pourra, à ce titre, rendre de grands services.

V. — Le livre en quelque sorte historique de Parent-Duchâtelet demandait mieux qu'à être rajeuni. Il fallait le remplacer.

Le Dr Jeannel avait bien essayé de reprendre le sujet au point de vue de l'extinction des maladies vénériennes. M. le Dr Armand Després, il y a cinq ans, avait bien produit un travail fait surtout au point de vue moral et démographique sur la Prostitution en France, et cette année même M. Corlieu avait aussi étudié, dans une allure plus modeste, la question de la prostitution à Paris. D'autre part, M. C. J. Lecour s'était occupé de ce même sujet à un point de vue plutôt administratif. La multiplicité de ces travaux indiquait en quelque sorte l'utilité, sinon l'urgence d'un travail d'ensemble sur une question qui intéresse mieux et plus que notre pays et que notre temps. M. le Dr L. Renss a entrepris ce grand œuvre. Se plaçant surtout au point de vue de l'hygiène et de l'administration, il a produit un livre de la plus haute portée, et qui offre le plus grand intérêt d'actualité (2).

« Le relâchement graduel des mœurs, l'accroissement incessant de la prostitution clandestine, la diffusion des maladies vénériennes et de la syphilis surtout, l'éclosion journalière de livres et de gravures obscènes préoccupent à un haut point, nous dit M. Reuss, non seulement les hygiénistes et les administrateurs, mais tous les hommes éclairés, soucieux de l'avenir, de la famille et de la patrie.

La lutte que des esprits, généreux sans doute, mais un peu imprévoyants peut-être, ont entreprise au nom de la liberté individuelle contre la réglementation de la prostitution a, elle aussi, passionné l'opinion. Violemment battue en brèche d'un côté, énergiquement défendue de l'autre, la réglementation de

(1) Thèse de Paris, 1888, A. Davy, imprimeur.
(2) Thèse de Paris, 1888, G. Steinheil, éditeur.
(3) Thèse de Paris, 1888, G. Steinheil, éditeur.

(1) Un volume grand in-8 de 328 pages. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.
(2) Un volume in-8 de 636 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, éd., 1889.

la prostitution a, chez nous du moins, résisté jusqu'ici à toutes les attaques. Mais est-on bien sûr que l'autorité de la police des mœurs n'en ait pas été amoindrie?

Du terrain administratif et philosophique, la question a été transportée sur le terrain de la science. En Belgique et en France, le gouvernement a voulu avoir l'avis d'hommes compétents que leur haute situation scientifique mettait à l'abri de tout soupçon de partialité.

Les Académies de médecine de Bruxelles et de Paris, se sont prononcées toutes deux, après des débats prolongés et passionnés, pour la réglementation de la prostitution. Elles n'ont vu d'autre remède à l'extension des maladies vénériennes, à la démoralisation croissante, à la provocation à la débauche qui s'affiche impudemment, qu'une surveillance incessante et sévère des prostituées. »

Sans prendre fait et cause ni pour les adversaires, ni pour les partisans quand même de la réglementation, M. Reuss étudie d'abord les modifications que la prostitution a subies à Paris depuis une vingtaine d'annés, et les moyens que possède le *bureau des mœurs* de la préfecture de police pour en surveiller la marche et en arrêter les écarts.

Dans une première partie, il donne le résultat de ses recherches sur l'état de la prostitution à Paris, en tâchant de démêler quelles sont, dans notre société contemporaine, les causes qui poussent tant de femmes à la débauche. Il étudie ensuite la prostitution sous les deux formes qu'elle revêt, c'est-à-dire la prostitution tolérée par l'administration et la prostitution clandestine; puis l'organisation du service des mœurs et du dispensaire de salubrité, c'est-à-dire le mécanisme de la surveillance sanitaire; les dispositions instituées par l'administration pour réprimer la prostitution clandestine; enfin les mesures prophylactiques à prendre pour s'opposer à l'extension des maladies vénériennes.

La seconde partie du volume est consacrée à une étude rapide de l'état actuel de la prostitution, au point de vue hygiénique et administratif dans les principales villes de la France et de l'Europe et dans les Etats-Unis d'Amérique. Les documents que nécessitait ce travail ont été fournis à l'auteur par des médecins et des administrateurs, que leur situation spéciale et leur indiscutable compétence mettaient à même de le renseigner pour le mieux.

Ce livre important n'est pas de ceux qui peuvent s'analyser, il nous suffira de dire que M. Reuss a parfaitement rempli le cadre qu'il s'était tracé. Si nous ajoutons que la lecture de son livre est des plus attachantes, que les tableaux qu'il nous trace sont pris sur le vif, et que l'élévation des pensées réussit presque à faire oublier la vulgarité, sinon la bassesse et parfois l'horreur des peintures que le sujet impose, nous croirons avoir fait le plus bel éloge de ce volume.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique d'hydrothérapie, par E. Duval.

Voici un fort gros livre, plein de choses, et de fort bonnes choses, sauf peut-être un peu trop de polémique, surtout avec les morts. Il serait bien difficile d'en fournir une idée exacte dans un simple compte rendu. Je tâcherai cependant d'en donner quelques extraits qui puissent intéresser les lecteurs de la *Gazette médicale*, et même leur être utiles, et aussi rendre justice aux qualités de bon jugement et d'expérience consciencieuse de l'auteur.

Les deux tiers de ce volume sont consacrés aux faits cliniques, lesquels occupent 64 chapitres. Je ne m'y arrêterai pas, bien qu'ils représentent la richesse la plus effective de l'œuvre : ce sont des documents que l'on doit consulter, mais qu'on ne saurait analyser. Il me semble devoir être plus intéressant d'exposer les idées de M. Duval sur l'hydrothérapie : elles sont l'expression d'une très longue expérience et d'une observation très étendue, et il ne faut jamais perdre l'occasion de mettre sous les yeux des médecins, dont un si petit nombre sont familiers avec les choses de l'hydrothérapie, les principes d'une médication aussi considérable.

Qu'est-ce que l'hydrothérapie? C'est une médication *perturbatrice*. Ceci me paraît l'expression la plus sincère et la plus juste qu'on en puisse donner. Ce n'est, ajoute M. Duval, une médication ni altérante, ni anti-périodique, ni tonique, ni dépurative, etc. J'ajouterai que, si elle n'est pas tout cela, elle peut prendre une part considérable à ces sortes de médications, de manière à contribuer à leurs résultats, et d'une manière souvent prépondérante. « Le fait physique (de l'hydrothérapie), a dit M. Peter, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, est le contact de l'eau sur la peau; l'acte vital est ce qui se passe après, dans l'organisme ».

En fait, l'hydrothérapie, qu'il ne faut pas confondre avec les emplois sédatifs de l'eau froide, propres à soustraire des excédents de calorique, l'hydrothérapie a pour objet essentiel de provoquer une *réaction* à l'aide du froid.

Le principe et l'application sont donc très simples. Mais ce qui ne l'est pas, c'est le mode de cetté application. De celui-ci dépend absolument, non pas seulement la réussite, mais l'innocuité de la médication. Ce n'est, je le crois bien, que dans les établissements spéciaux, et par les mains d'un spécialiste expérimenté, que l'on peut faire un parfait emploi de l'hydrothérapie. Mais les pratiques hydrothérapiques se font toujours, et se feront toujours ailleurs. Et comme il peut être admis que, laissées à la discrétion du malade, elles seront toujours mal faites, il serait bien nécessaire que tout médecin se trouvât au courant des principes essentiels de ses applications, pour les prescrire et les diriger, si ce n'est les appliquer lui-même. Ceci est une des nombreuses lacunes de notre enseignement et des exigeces du diplôme.

La température de l'eau, l'intensité, la durée et la forme des pratiques hydrothérapiques, ces quatre termes résument le plus essentiel. Et tout médecin qui sera suffisamment instruit sur leur sujet se trouvera en mesure d'y ajouter avec compétence ce que chaque cas pourra exiger.

M. Duval insiste justement sur les contrastes qui existent entre les indications de l'hydrothérapie vraie et celles de l'emploi sédatif de l'eau froide. 15° est insuffisant pour la première, où il faut produire sûrement la réaction, trop élevé pour la seconde où il faut l'éviter.

La douche est la forme essentielle de l'hydrothérapie. La température doit se mouvoir entre 4 et 8°. Je ferai observer qu'il n'est pas toujours facile de se procurer des températures aussi basses, et qu'à 10° la sensation est encore très vive et efficace.

L'auteur proteste, avec une grande raison, contre les pressions exagérées que l'on met si volontiers en avant, et qui heureusement ne sont pas toujours sincères. De 10 à 12 mètres de hauteur sont suffisants pour produire sur les tissus un bon massage, sans aucun des inconvénients probables d'une plus grande hauteur. Il considère les douches dites écossaises, comme inutiles, et blâme l'emploi de l'eau chaude ou tiède, au début, pour *habituer* les malades. Je ne suis pas tout à fait de son avis sur ce dernier point, et une telle pratique m'a paru plus d'une fois nécessaire et salutaire. Mais je pense tout à fait comme lui, que l'introduction de l'eau chaude, dans les pratiques hydrothérapiques, tend à atténuer singulièrement leur caractère. Je crois également que la composition de l'eau

est tout à fait indifférente, l'action de la température, combinée avec celle de la percussion, étant exclusivement en jeu.

La durée de la douche hydrothérapique est d'une grande importance : « Une douche trop courte n'a jamais d'inconvénients; une douche trop longue est toujours dangereuse ». Le temps nécessaire pour assurer la réaction, dit M. Duval, varie entre deux on trois secondes et quatre on cinq minutes. Ce dernier terme m'étonne : je n'oserai jamais prescrire une douche de 4 à 8°, d'une durée de 4 à 5 minutes. Je suppose que les indications on les opportunités, auxquelles M. Duval fait allusion, doivent être très exceptionnelles.

Un chapitre intéressant, accompagné de nombreux dessins, énumère les conditions que requiert un établissement d'hydrothérapie complet. Je voudrais pouvoir reproduire les excellents conseils que donne l'auteur sur les sujets suivants : emplois des divers engins de l'hydrothérapie; utilité des moyens accessoires; de la chaleur (avant les applications froides, au moyen de l'étuve sèche, s'il le faut, jamais après); de la sudation; menstruation, pendant laquelle les pratiques hydrothérapiques peuvent et doivent toujours être continuées, (j'ajouterai, à condition que ces pratiques soient méthodiques, et aussi des réserves au sujet de leur commencement pendant la période menstruelle, réserves auxquelles l'auteur ne paraît pas éloigné de s'associer); les conditions de durée des traitements hydrothérapiques; la supériorité des traitements d'hiver sur les traitements d'été; l'intervention personnelle du médecin, nécessaire dans les cas graves, pouvant parfaitement, auprès des femmes, être suppléée par celle d'une doucheuse, capable, docile surtout aux prescriptions du médecin, etc.

Tous ces sujets sont traités avec les qualités qui distinguent l'œuvre de M. E. Duval, une grande précision et un grand bon sens. En fait de pratique médicale quelconque, la science, c'est-à-dire la connaissance des choses, est nécessaire; mais non moins nécessaire est le bon sens, qui en permet seul une saine appréciation.

Dr Max. Durand-Fardel.

BULLETIN

Astasie et abasie. — La rage dans le département de la Seine en 1888.

M. le professeur Charcot à Paris et M. le professeur Grasset à Montpellier ont, presque en même temps, observé et présenté à leurs élèves deux malades atteints d'un état morbide relativement assez rare, connu sous la dénomination d'*astasie* et d'*abasie* depuis un mémoire important que M. Blocq a consacré à sa description dans les *Archives de neurologie* (année 1888, nos 43 et 44).

M. Jaccond paraît être le premier auteur qui ait signalé cet état sous le nom de *Ataxie par défaut de coordination automatique* (in *Paraplégies et ataxie du mouvement*, Paris, 1864). En 1883, MM. Charcot et P. Richer l'ont décrit plus nettement, dans la *Medicina contemporanea*, sous la dénomination de *Forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche.* Un peu plus tard, 1885, Weir-Mitchell, en décrivant ce même syndrome, lui donne le nom d'*ataxie motrice hystérique*. La dénomination d'*astasie-abasie* de M. Blocq, qui a l'avantage d'exprimer en deux mots le fait capital du syndrome (impossibilité de la station verticale, impossibilité de la marche), est désormais justement et définitivement adopté. Disons de suite, pour compléter la définition du complexus morbide, que cette impossibilité de la station verticale et de la marche coïncide avec une intégrité parfaite de la sensibilité, de la force musculaire, de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs.

X..., le malade de M. Charcot, est un homme d'environ 42 ans, employé dans une imprimerie. Le père, alcoolique, s'est tué par amour. Une tante, sœur de la mère, a dû être enfermée dans une maison d'aliénés. De par ses antécédents héréditaires le malade est un nerveux. Depuis trois ans, cette prédisposition s'est accentuée à la suite d'émotions causées par des poursuites judiciaires dirigées, pour vol, contre un ami en qui il avait toute confiance. X.., s'émeut, pleure pour un rien, et a eu de véritables accès hystériformes.

Il y a deux mois environ, X... a été empoisonné accidentellement par l'oxyde de carbone et a subi ainsi une forte secousse à la suite de laquelle est survenue un jour l'impossibilité de marcher. M. Charcot fait observer tout d'abord qu'ici les phénomènes d'astasie et d'abasie ne font point partie intégrante des symptômes se rattachant immédiatement à l'intoxication oxy-carbonée. Celle-ci a simplement joué le rôle de cause occasionnelle, au même titre qu'agissent le saturnisme, l'alcoolisme, le traumatisme, etc., dans la manifestation de phénomènes hystériques. X... est un névropathe, un hystérique, bien qu'il ne présente pas les stigmates de la grande névrose, un prédisposé, et il n'est même pas impossible que, sous l'influence des premiers effets de l'intoxication oxy-carbonée, il n'ait subi une sorte d'auto-suggestion.

Quoi qu'il en soit, voici, en quelque lignes, son état actuel.

Couché, étendu sur son lit, X... jouit pleinement de la liberté de tous ses mouvements. Il étend les jambes, les fléchit, lance des coups de pied, se tourne, se retourne, se met à plat ventre, exécute les mouvements de natation, etc. La puissance et la résistance musculaires sont conservées; les réflexes sont normaux.

Dans la station assise, rien non plus ne paraît anormal. Le malade se tient encore assez facilement debout; mais, dès qu'on lui dit de marcher, les difficultés des mouvements commencent. La flexion initiale de la jambe est entravée par une brusque contraction des muscles extenseurs qui empêche le pied de quitter le sol. Une fois la première difficulté vaincue, le malade se met en mouvement, la marche s'accélère, la progression se faisant à tout petits pas, la pointe des pieds ne quittant pas le sol, les alternatives brusques de flexion et d'extension produisant comme une sorte de trépidation. Le malade demande à être surveillé pour ne pas tomber. Les difficultés pour se retourner sont les mêmes que pour marcher.

Par contre X... peut avancer en sautant à pieds joints, à cloche-pied, en marchant à quatre pattes, en faisant de grands pas comme un acteur qui joue la tragédie : seule, la marche régulière est difficile, presque impossible.

Il faut conclure de là, avec M. Charcot, que le mécanisme de la marche régulière n'est pas le même que celui du saut, de la natation et des autres exercices; que chacun de ces mécanismes a son centre propre, dans le cerveau, qui a l'impulsion initiale, et dans la moelle épinière, qui exécute automatiquement l'ordre donné. Pour faire comprendre le jeu de ces mécanismes, M. Charcot les compare, d'une façon assez pittoresque, aux rouleaux armés de pointes des boîtes à musique ou des orgues de Barbarie. Aux diverses dispositions des pointes correspondent autant d'airs, comme aux divers centres médullaires correspondent des synergies de mouvements. Le ressort qui, dans l'instrument, suspend le mouvement et change l'air, c'est, dans la machine vivante, l'impul-

sion du centre cérébral. Sous l'influence de quelque désordre, d'une simple modification dynamique comme une action inhibitrice, la régularité fonctionnelle peut être atteinte, la désharmonie, l'incoordination apparaissent. Dans la plupart des cas connus jusqu'ici, il ne s'agit que de troubles fonctionnels dynamiques ; mais on comprend que ces mêmes troubles puissent être sous la dépendance de lésions organiques des centres nerveux correspondants.

M. Charcot distingue trois formes principales :

1° La forme paraplégique, dans laquelle les membres sont inertes et fléchissent comme du coton quand le malade est debout. La conservation des mouvements dans toute autre situation distingue nettement ces cas des autres paraplégies.

2° La forme choréique, dans laquelle on observe des mouvements brusques de flexion des membres inférieurs, entraînant une flexion du tronc et suivis d'une extension rapide. Il se produit ainsi des sortes de contorsions, des oscillations du corps en avant et en arrière, des mouvements compensateurs des membres supérieurs et de la tête pour maintenir l'équilibre. Cette forme se distingue des cas de chorée qui pourraient en être rapprochés par ce fait que l'incoordination ne survient que pour les mouvements volontaires de la marche. Certains ataxiques, et M. Charcot en a présenté un spécimen type, ont une marche à peu près analogue, mais les symptômes du tabes sont là pour préciser le diagnostic et éviter toute erreur.

3° La forme spasmodique ou trépidante à laquelle appartient le cas du malade qui a fait l'objet de la leçon. L'absence de rigidité des membres, l'état normal des réflexes tendineux, en dehors de tout autre symptôme, ne permettent pas de confondre cette forme avec la paraplégie spasmodique. Il faut aussi remarquer que le caractère rythmé des mouvements est plus apparent que réel ; il tient, en effet, uniquement à ce que la marche régulière est elle-même un acte rythmé ; ce n'est donc pas là un caractère spécifique du syndrome.

Le pronostic de l'astasie et de l'abasie pourrait être grave si elles étaient symptomatiques d'une lésion organique. Dans les cas observés jusqu'à ce jour, il ne s'est agi que de troubles dynamiques, et la guérison a été la règle. Elle survient même brusquement, comme pour beaucoup de symptômes d'origine hystérique, aussi M. Charcot n'a-t-il pas trop attendu à présenter son malade, craignant qu'il ne guérît trop tôt. C'est ce qui a failli arriver au malade de M. Grasset, qui a guéri entre deux leçons. Nous empruntons au *Montpellier médical* la description de ce cas.

Le malade est atteint de la forme classique de la grande hystérie. Mais, entre tous les symptômes qu'il présente, sa manière de marcher attire avant tout l'attention. « C'est, dit M. Grasset, une espèce de danse surtout marquée dans la jambe droite ; dans les meilleurs moments, le malade ne détache pas ou détache très mal du sol la pointe de son pied droit ; il sautille sur le talon, et le même phénomène existe, quoique moins prononcé, dans la jambe gauche ; il avance ainsi d'une manière extrêmement pénible, tout le corps vacille et la tête est entraînée dans ce mouvement. Dans les mouvements les plus forts, il faut soutenir cet homme par les deux bras, la marche devient impossible, et il s'effondrerait s'il n'était maintenu. Les oscillations s'accentuent avec les efforts ; mais elles restent régulières et rythmées, sans devenir désordonnées ; le malade frappe alors le sol de son talon avec des intervalles de plus en plus rapprochés, en exécutant un véritable mouvement rapide de fausse pédale ; les phénomènes vont en augmentant d'intensité, et, au bout de quelques instants, le patient tombe sur une chaise, n'en pouvant plus. »

Ces désordres, comme chez le malade de M. Charcot, ne se produisent que pour la marche régulière ; ils reviennent quand le malade marche par grandes enjambées, ou en croisant les jambes, ou dans la position génu-pectorale etc.

M. Grasset, dans les leçons qu'il a consacrées à l'étude de son malade, parcourt les différents états morbides qui, de près ou de loin, peuvent être rapprochés de ce cas. Il paraît attacher une assez grande importance au caractère cadencé, rythmique, des contractions présentées par son malade, si bien qu'il est disposé à distinguer une forme rythmée d'astasie-abasie. Nous avons vu plus haut l'interprétation que M. Charcot donne de ce prétendu rythme des contractions musculaires.

L'astasie-abasie, comme la plupart des états morbides récemment décrits, est certainement moins rare qu'on ne pourrait le supposer et les observations se multiplieront au fur et à mesure que le syndrome sera mieux connu. En rappelant nos souvenirs, nous retrouvons trois faits qui nous semblent avoir des analogies bien grandes, sinon s'identifier avec les cas de ce genre.

Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille, convalescente d'une scarlatine grave. Quand elle voulait marcher, elle avait de la peine à détacher ses pieds du sol, surtout la pointe ; les jambes ployaient sous elle, les mouvements de flexion étaient suivis de mouvements brusques d'extension, ce qui donnait lieu à un sautillement, à une sorte de trépidation, comme dans la troisième forme de M. Charcot. Ces accidents furent rapportés à l'anémie spinale. Si on rapproche le cas de la troisième observation de M. Blocq, dans laquelle on voit les accidents se manifester chez un jeune garçon, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, on est autorisé à voir, chez la jeune fille en question, un exemple d'astasie-abasie.

Le second fait est relatif à une dame, de 55 à 60 ans offrant des symptômes de diathèse urique joints à un nervosisme des plus accentués, qui s'était manifesté autrefois par des crises hystériformes. Au moment où je l'ai vue, notablement affaiblie, par des crises de colique hépatique et néphrétique auxquelles avaient succédé des névralgies à siège multiple, cette dame ne quittait guère plus, depuis six mois, sa chaise longue. Outre une grande faiblesse, elle éprouvait, quand elle voulait marcher, une flexion brusque des membres inférieurs qui l'aurait fait tomber si elle n'eût pu s'appuyer sur un meuble ou sur le bras de quelqu'un. Ses jambes ne se dérobaient pas simultanément, comme nous allons voir dans le cas suivant : elles fléchissaient successivement. Ces accidents ont disparu.

Le troisième malade est un prêtre qui, en raison de son état, avait dû renoncer à une chaire qu'il occupait dans un séminaire. C'était un neurasthénique, avec paraparésie. Mais cette parésie des membres inférieurs présentait ce caractère particulier de se manifester surtout pendant la station verticale et pendant la marche : alors survenait brusquement un mouvement de flexion qui, pour éviter une chute, obligeait le malade à se mettre à genoux. Un jour, par exemple, je le rencontre dans la rue, assis dans la petite voiture qu'il dirige et fait marcher lui-même. Dès qu'il m'aperçoit, il quitte la voiture, vient au-devant de moi, et fait une dizaine de pas ; mais il n'y avait pas une demi-minute qu'il causait debout avec moi, qu'il fléchit soudainement et s'agenouille, au grand ébahissement des passants, surpris d'abord de voir un infirme quitter si gaillardement sa voiture, non moins étonnés de l'attitude qu'il prend brusquement devant moi.

Je ne donne pas, je le répète, ces faits rétrospectifs, dont

un remonte à douze ans, comme des cas types d'astasie-abasie; j'ai voulu simplement montrer, en les rappelant, que l'on observe parfois dans la clientèle des cas plus on moins insolites que l'on a de la peine à classer, et sur lesquels des descriptions ultérieures jettent la lumière. Les faits semblables sont dès lors mieux étudiés, et les uns viennent s'ajouter aux autres, soit pour mieux déterminer le type nouvellement décrit, soit pour en faire ressortir les différentes nuances ou variétés.

— M. Dujardin-Beaumetz a communiqué au Conseil d'hygiène publique et de salubrité son rapport annuel sur la rage dans le département de la Seine. Il résulte de ce rapport que, pendant l'année 1888, 490 personnes ont été mordues par des chiens reconnus enragés ou simplement suspects. Le nombre des décès a été de 19; il est un des plus forts des huit ou dix dernières années. Du reste il est bon de remarquer que le nombre des animaux enragés va toujours en augmentant; de 182 qu'il était en 1883, il s'est élevé à 604 en 1886 et à 863 en 1888; il a presque quintuplé. A Berlin, où les règles de police sanitaire sont rigoureusement observées, la rage a à peu près disparu chez le chien; elle ne figure plus sur les tables mortuaires de la population.

Sur les 490 personnes mordues, 385 ont suivi le traitement préventif à l'Institut Pasteur et ont fourni 4 décès, soit une mortalité de 1,04 0/0; 105 n'ont pas suivi de traitement et ont fourni 14 décès, soit une mortalité de 13,33 0/0. Ces résultats comparatifs montrent évidemment les bons effets de la vaccination antirabique; mais ne vaut-il pas mieux tarir le mal dans sa source même, comme on l'a fait en Allemagne, que de le laisser se perpétuer, s'étendre pour avoir ensuite à le combattre, dût-on le guérir toujours? La conclusion nette, précise, forcée, qui se dégage du rapport de M. Beaumetz, c'est qu'il faut remettre en vigueur et faire observer rigoureusement les règlements de police sanitaire concernant les chiens, et laisser ainsi aux savants de l'Institut Pasteur des loisirs pour entreprendre, poursuivre et mener à bonne fin des recherches sur d'autres maladies que la rage.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Richesse de l'université de Berlin. — D'après la Gazetta medica Lombarda, l'Université de Berlin vient d'obtenir un crédit de 1,600,000 livres destinées à enrichir ses Musées d'histoire naturelle, à entreprendre des réparations, à réaliser des améliorations, etc.

— Les étudiants Américains a l'Ecole de Vienne. — Le nombre d'Américains suivant les cliniques et les cours à Vienne paraît augmenter d'année en année. Les cours pratiques donnés par les «Privatdocenten» sont les plus populaires. Les Américains, payant grassement, sont accueillis avec empressement par les professeurs des diverses spécialités.

— Association médicale internationale des Anglo-Américains. — En vue d'augmenter les relations et de maintenir la bonne amitié entre les médecins anglais et américains qui pratiquent sur le continent, il est question d'après Le medical record de New-York, de former une «Société médicale continentale anglaise et américaine». Cette Société sera limitée aux sujets anglais et américains qui exercent actuellement la médecine à l'étranger.

— Répression de l'exercice illégal de la médecine aux Etats-Unis. — La Cour suprême des Etats-Unis a décidé que les inscriptions médicales et les lois établies par les Etats sont constitutionnelles. L'Epoch dit : «Dans au moins trois de nos plus populeux Etats : New-York, Massachusetts et Pennsylvania, des ordonnances ont été introduites dans la Législature avec le dessein exprès de soumettre tous ceux qui désirent pratiquer la médecine à un examen devant un conseil d'État d'examinateurs. Aussi de telles mesures sont vigoureusement combattues par les *cancer's docteurs*, *faith-cursisti*, médecins magnétiseurs, et tous les autres charlatans qui vivent aux dépens de la crédulité du public». La guerre entre les *réguliers* et les *non-réguliers* paraît être extrêmement vigoureuse dans le Massachusetts. D'après un journal les non-réguliers ont ramassé une forte somme d'argent pour combattre toute législation destinée à les exclure de la pratique.

La vaccination animale a l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine va cesser d'être tributaire de l'industrie privée pour la vaccination animale. Grâce à un crédit qui lui a été alloué par le ministre de l'Intérieur, elle a fait construire dans son petit jardin une vacherie contenant trois stalles, et désormais elle aura ses génisses à elle pour le service de la vaccination animale. Les médecins en s'adressant directement à l'Académie pourront donc avoir, à leur choix, du vaccin humain ou du vaccin animal.

NOUVELLES

AVIS. — *MM. les Actionnaires de la « Gazette Médicale de Paris » sont informés que l'Assemblée générale annuelle se tiendra au Siège social, le jeudi 28 mars, à 5 heures du soir.*

Conformément aux statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

***

Nécrologie. — M. le Dr Venant-Antoine-Léon Legouest, médecin inspecteur général des armées en retraite, est décédé à Paris, le 5 mars, à l'âge de 68 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Legouest, né à Metz le 1er mai 1820, a fait toutes ses études médicales à la Faculté de médecine de Strasbourg. Aide major en 1843, il soutint sa thèse de docteur à la Faculté de Paris, en 1845. Elle a pour titre : *De la pneumonie traumatique*. Chirurgien major en 1853, médecin principal en 1862, médecin inspecteur en 1870, il atteignit le haut grade d'inspecteur général en 1873 et devint ainsi président du Conseil de santé des armées. Membre de l'Académie de médecine en 1867, Legouest fut appelé à la présidence de la savante compagnie en 1880. Parmi ses ouvrages nous citerons : sa thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de Paris, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main* (1857); Legouest ne fut pas nommé, mais l'on doit reconnaître qu'il avait les qualités d'un professeur, fonctions qu'il remplit d'ailleurs avec succès au Val-de-Grâce, comme professeur de clinique chirurgicale; son *Eloge de Bégin*, (1861); *un Traité de chirurgie d'armée*, (deux éditions 1863, 1875); un mémoire *sur le service de santé des armées américaines pendant la guerre des Etats-Unis* (1866); un travail *sur la rupture spontanée des veines* (1867); des conférences *sur le service de santé en campagne* (1869), et la 4e édition du *Traité de médecine opératoire* de Sédillot (1870). Legouest était un esprit droit et juste; sa vie est un exemple que les idées scientifiques et administratives peuvent, chez le même homme, se trouver réunies avantageusement pour le service. Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 6 mars, avec la pompe et l'apparat auxquelles lui donnaient

droit sa qualité d'ancien président de l'Académie, et son grade d'inspecteur général ; mais suivant la volonté du défunt, aucun discours n'a été prononcé.

Dr A. DUREAU.

— M. le professeur Moitessier, de Montpellier, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 56 ans, après quelques jours de maladie. Docteur en médecine, docteur ès-sciences, ancien professeur à l'Ecole normale de Cluny, agrégé, chargé du cours de physique (création nouvelle à la Faculté de Montpellier) en 1858, professeur titulaire en 1869, doyen en 1877, Moitessier était un travailleur sagace. Plusieurs de ses ouvrages sur *la photographie appliquée aux recherches micrographiques, l'air, la lumière*, ont eu un grand nombre d'éditions ; son décanat a été marqué par l'institution des travaux pratiques, et par des cours complémentaires confiés aux agrégés. Sa loyauté scientifique et son caractère assurent à sa mémoire un souvenir durable.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Lallement, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy.

— Le Dr John Call Dalton est mort le 12 février, à New-York. Il était né à Chelmsford, en 1828. Il s'était surtout fait connaître comme professeur de physiologie. Parmi ses nombreux travaux, on peut citer le *Traité de Physiologie humaine*, son livre sur la *Méthode expérimentale en médecine*, un traité *De la circulation* et une *Anatomie topographique du cerveau.*

***

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 26 février, la chaire d'accouchement, maladies des femmes et des enfants prend le titre de clinique obstétricale. Par un autre décret du même jour, M. Tarnier titulaire de l'ancienne chaire est nommé professeur de la chaire nouvelle.

— *École de médecine de Caen.* — M. Bourienne est maintenu comme directeur de la dite école.

—*Ecole de médecine d'Angers.*—Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1889, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'Ecole de médecine d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 18 novembre 1889, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'Ecole de médecine d'Angers.

—*Ecole de médecine de Limoges.*—Le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Limoges, n'aura pas lieu.

—*Ecole de médecine de Marseille.* — M. Domergue, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale est chargé, en outre, d'un cours de pharmacie jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889.

***

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 14 février 1889, les médecins et chirurgiens du Bureau central, dont les noms suivent, ont été nommés :

1° Médecins titulaires : M. de Beurmann, à l'hôpital de Lourcine ; M. Muselier, à Sainte-Périne ; M. Brissaud, à La Rochefoucauld ;

2° Chirurgiens titulaires : M. Kirmisson, à l'hospice d'Ivry ; M. Schwartz, à l'hospice de Bicêtre.

—*Hospice des Quinze-Vingts.*—M. A. Chevallereau médecin-adjoint à la clinique ophthalmologique, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. Abadie, démissionnaire.

—*Hôpitaux des colonies.*—Un décret rendu sur la proposition du ministre de la marine institue un personnel militaire d'infirmiers permanent pour le service des hôpitaux des colonies.

***

Asiles d'aliénés. —Ont été nommés après concours, médecins des asiles d'aliénés : MM. Journiac, Chaumier, Barthomeuf Sizaret, Sérieux, Armand et Combemale. M. Journiac est nommé médecin adjoint à l'Asile de Saint-Venant. — M. Gosselin professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen, a été nommé médecin de l'asile de cette ville, en remplacement de M. Maheut, démissionnaire.

***

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1889. — A la date du 21 février 1889, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu en 1889 dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté).

300 médecins aides-majors seront convoqués pour une période de 13 jours, savoir : 1° 228 en deux séries, en même temps que les bataillons territoriaux d'infanterie et les unités de l'artillerie territoriale, c'est-à-dire : ceux de la 1re série, du 1er au 13 avril e ceux de la 2e série, du 29 avril au 11 mai ; 2° 72 dans la cavalerie pendant la période d'automne, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris autant que possible parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

***

Congrès. — Deux nouveaux Congrès internationaux ; les comités d'organisation sont ainsi formés :

Congrès pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme : MM. Andigé, Bergeron, Bertrand, Blache, Bouchereau, Boyer, Charpentier, Desjardins, Dujardin-Beaumetz, Duverger, Fitreman, Froc, Gonse, Guignard, Hérard, Joret-Desclosières, Magnan, Motet Muteau, de Nervaux, Rohyns, Roussel, Siegfried, Thierry-Mieg et Vidal.

Congrès de médecine légale : MM. Benoît, Brouardel, Constant, Coutagne, Danet, Demange, Desconts, Garnier, Girard (Ch.), Guillot, Borteloup, Jaume, Lacassagne, Laugier, Leblond, Liouville, Lutaud, Mayer, Morache, Motet, Ogier, Pouchet, Rochet, Socquet et Vibert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Conchon. Etude sur les abcès du cerveau consécutifs à certaines lésions pulmonaires.

M. Guinon. Les agents provocateurs de l'hystérie.

M. Cantin. Des lymphangites péri-utérines non puerpérales, et de leur traitement.

M. Coffin. Etude sur les complications des fibro-myones de l'utérus.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Jaresbericht über die fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie. — (Comptes rendus annuels des progrès de l'obstétrique et de la gynécologie). Collaboration : Prof. Ahlfeld (Marburg). Privatdocent Bumm (Würzburg). Dr E. Cohn (Berlin). Privatdocent Doedersein (Leipzig). Privatdocent Felseiweich (Wien.). Prof. Frommel (Erlangen). Prof. Hofmeier (Vurzburg). Prof. Lochlein (Giessen). Dr Leopold Meyer (Kopenhagen). Dr von Ott (Petersburg). Dr Car Ruge (Berlin). Privatdocent Saenger (Leipzig). Professeur Schwarz (Italie). Dr Stieplitz (Petersburg). Prof. Stumpf (München). Privatdocent Veit (Berlin). Privatdocent Wiedow (Freiburg). Profess. Wyder (Zurich).

Directeur : Prof. Grommel (Erlangen). 1 volume, année 1887, 555 pages. Prix : 10, 60 marks.

La Rédaction (Prof. Frommel, à Erlangen) prie les auteurs de travaux d'obstétrique et de gynécologie de vouloir bien lui adresser leurs tirages à part ou ceux de leurs ouvrages ayant trait à ces deux branches de la science.

— *Étude sur la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique*, par le Dr Garcin. Paris, G. Masson, éditeur, 1889.

— *Association française pour l'avancement des sciences*, 17e session, Oran, 1888. Au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, et chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain.

— *L'Emoglobina nelle gravide, nelle partoriente, nelle puerpere e nei neonati studio clinico sperimentale eseguito coll' emometro di Van Fleischl*, dal Dott. Ermanno Pinzani, Bologne, 1888.

— *L'Étude des maladies du système nerveux en Russie*, rapport adressé à M. le Ministre de l'instruction publique, par M. F. Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Paris, O. Doin, éditeur, 1889.

— *Les loisirs d'un campagnard*, par J. Pizzeta, lauréat de l'Institut; illustrations de P. Kauffmann, F. Lix et A. Jobin. Paris, Hennuyer, imprimeur-éditeur, 47, rue Laffite, 1889.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 FÉVRIER AU SAMEDI 2 MARS 1889.

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 6. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 41. — Autres, 8. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë, 45. — Bronchite chronique, 55. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 58. — Gastro-entérite des enfants Sein, 10 — Biberon, 45. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonites puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 34. — Suicides, 13. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort, 173. — Causes inconnues. 11. — Total : 1027.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3



60e Année. 7e Série. Tome VI. — N° 11 — 16 Mars 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PHÉNACÉTINE.

I

La phénacétine ou plutôt les phénacétines, puisqu'on en distingue trois sous les dénominations de *para*, *méta* et *orthophénacétine* on, pour parler un langage plus exact, *para-acetphénétidine*, *méta*, etc., appartient à la série aromatique à laquelle on doit déjà un si grand nombre de médicaments. De ces trois variétés, la seule que l'on trouve dans le commerce est la para-acetphénétidine dont la formule chimique est

$$C^6H^4 \begin{cases} OC^2H^5 \\ NH\,(CO\text{-}CH_3) \end{cases}$$

c'est la seule que j'ai pu me procurer, malgré mes recherches, et je suis porté à croire qu'il ne faut pas avoir beaucoup de confiance dans la pureté des produits que les maisons étrangères vendent sous le nom de méta et ortho-acetphénétidine. La phénacétine est une poudre blanche, formée de petits cristaux brillants, sans saveur et sans odeur, qui fut découverte en 1887 par le Dr Hinsberg, et étudiée au point de vue physiologique par lui et par le professeur Kast (1), pour la première fois. La même année, une étude clinique sérieuse en fut faite par le Dr Robler dans le service du professeur Bamberger (2); puis vinrent les travaux de Hugo Hoppe (3) de Berlin, de Huesner, Pluyter Rovacs, en Allemagne ; Pesce (4), en Italie ; Lépine (5), Dujardin-Beaumetz (6), Misrachi et Rifat (7), en France; Massius (8), en Belgique. Dans une récente communication (9), j'ai moi-même exposé les résultats des recherches que j'ai entreprises sur ce nouveau produit. Sans insister sur un historique sans intérêt, nous allons résumer ici ce qu'on sait des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la phénacétine.

II

La para-phénacétine est complètement insoluble dans l'eau froide ou chaude, dans la glycérine, le chloroforme, la vaseline liquide ; elle se dissout faiblement dans l'éther et dans l'alcool, puisque 50 centigrammes ont besoin pour se dissondre de 15 grammes d'alcool à 90°. Elle est soluble dans l'acide acé-

(1) Centralblatt für die Medic. Wochenschrift, 1887, n° 9.
(2) Wiener med. Wochenschr. 1887, n° 26, 27.
(3) Ueber die Wirkung des Phenacetin. Inaugural Dissertation. Berlin 1888.
(4) Académie royale de médecine de Turin, juin 1888.
(5) Semaine médicale, 1887, p. 503.
(6) Société de thérapeutique, 1888.
(7) Bulletin général de thérapeutique 1888, p. 483.
(8) Bulletin de l'Académie royale de Belgique 1888, p. 815.
(9) Société de médecine du Nord, février 1889.

FEUILLETON

Des rêves morbides

CHAPITRE III.

RÊVES MORBIDES ESSENTIELS : LE CAUCHEMAR.

(Suite et fin.) (1).

« La flottille ennemie ayant pris le large, nous retournâmes le lendemain à Palmi. Nous avons depuis cet événement, parcouru le royaume de Naples dans tous les sens et dans toutes les saisons. Nos soldats ont souvent été entassés de la même manière, et jamais ce phénomène ne s'est reproduit. Nous pensons que la marche forcée qu'ils avaient été obligés de faire pendant une journée très chaude, en fatiguant les organes de la respiration, les avait affaiblis et les avait disposés à éprouver, ces symptômes qu'ont dû déterminer la position gênée dans laquelle ils étaient obligés de se tenir conchés tout habillés, la raréfaction de l'air et peut-être son mélange avec quelque gaz nuisible. » (*Grand Dict. de méd.*, article Incube).

(1) Voir les numéros précédents.

Enfin Ch. Nodier cite le fait suivant de cauchemar périodique, qui est très remarquable par sa ténacité; il revenait toutes les nuits et toujours à la même heure.

« Il y a 25 ans, dit-il, que je voyageais en Bavière, avec un jeune peintre italien, dont j'avais fait la rencontre à Munich. Sa société convenait à mon caractère et à mon imagination de ce temps-là, parce qu'il se trouvait une douloureuse conformité entre nos sentiments et nos infortunes.

« Il avait perdu, quelque temps auparavant, une femme qu'il aimait et les circonstances de cet événement qu'il m'a souvent racontées, étaient de nature à lui laisser une impression ineffaçable. Cette jeune fille qui s'était obstinée à le suivre dans les misères d'une cruelle proscription et à lui déguiser l'altération de ses forces, finit par céder dans une des haltes de leurs nuits vagabondes, à

tique. Malgré son insolubilité, elle est rapidement absorbée et son élimination de l'organisme commence peu de temps après qu'elle a été ingérée; peut-être cette absorption est-elle favorisée par ce fait que l'acide lactique pur ou dilué, mais maintenu à une température de 30° centigrades, la dissout assez facilement. Quoi qu'il en soit, son insolubilité est un grand inconvénient pour son emploi, et le seul moyen de la faire prendre aux malades est de la donner en cachets. Il est impossible de l'injecter sous la peau comme on fait de l'antipyrine. Selon Dujardin-Beaumetz l'ortho-phénacétine possède sur celle-ci l'avantage d'être soluble dans l'alcool et de pouvoir ainsi être utilisée en solutions, car l'eau ajoutée à la solution alcoolique ne détermine pas de précipité.

Quant à la méta-acetphénétidine, elle n'aurait, paraît-il, aucune propriété thérapeutique.

Il semble que ce soit surtout par la peau et par les reins que se fasse l'élimination de la phénacétine. Les urines des malades qui en prennent, sont plus colorées qu'elles ne le sont normalement. Les urines traitées à chaud avec une solution de perchlorure de fer, se colorent en rouge-brun (Cesari et Burani); si elles sont chauffées avec de l'acide chlorhydrique, et, après refroidissement, si on les traite avec une solution de phénol à 3 pour cent, et ensuite si on ajoute quelques gouttes d'acide chromique, on obtient une coloration intense rouge foncé, qui se transforme en vert-herbe et parfois en vert-olive par l'addition successive de quelques gouttes d'ammoniaque. Ces réactions peuvent être constatées soit une demi-heure, soit un jour après l'administration de la phénacétine. Elle s'éliminerait aussi par le lait au dire de ces auteurs, qui ayant examiné les urines d'un enfant de deux mois, dont la mère prenait de la phénacétine, y retrouvèrent les réactions que nous venons d'indiquer.

La phénacétine est bien tolérée par l'estomac, beaucoup mieux par exemple que l'antipyrine; son ingestion ne détermine ni nausées ni vomissements, et on peut l'employer à des doses assez élevées sans déterminer d'accidents; cependant nous verrons qu'il y a lieu de faire des réserves quant à sa toxicité. Kobler la donnait à la dose de 0,30 à 0,70; Hoppe, puis Misrachi et Rifat allèrent jusqu'à 2 grammes; quant à Lépine, il en donna jusqu'à 3 et 4 grammes par jour sans observer de phénomènes fâcheux. Pour moi, je n'ai pas dépassé un gramme, ayant toujours obtenu avec cette dose et même avec une dose moindre le résultat que je désirais. En effet, une quantité relativement faible de ce médicament agit puissamment sur la température ou sur la douleur, beaucoup mieux que ne le fait l'antipyrine à dose égale.

III

Il y a peu de chose à dire des expériences qui ont été faites sur des animaux avec la phénacétine; son insolubilité constitue dans ce cas une grosse difficulté, puisqu'elle empêche de la donner en injections hypodermiques. Misrachi et Rifat ont fait sur des poules quelques expériences, au cours desquelles la température de ces animaux s'abaissa, mais dont on ne peut rien conclure car les injections furent faites avec une solution éthérée et l'action de l'éther se confondit avec celle de la phénacétine. Donnée à l'homme sain, elle n'abaisse pas la température et ne détermine du reste aucune réaction appréciable; il en est de même naturellement chez des malades non apyrétiques et son action antithermique ne se manifeste que chez les fébricitants. La quinine, l'antipyrine, l'antifébrine et la plupart des antithermiques partagent, on le sait, cette singulière propriété. Donnée dans les maladies avec fièvre, elle abaisse rapidement la température, et peut la faire tomber de deux à trois degrés en quelques heures, mais son action est très éphémère et l'hyperthermie reparaît bientôt avec son intensité première. Pour maintenir la température au degré normal il est nécessaire de la donner à des doses fractionnées, souvent répétées, mais alors on se trouve amené à en donner en définitive une quantité considérable et cela sans grand bénéfice pour le malade, car si sa température est moins élevée, sa maladie n'en suit pas moins son cours et son état de malaise reste le même, s'il n'est pas aggravé.

Dans la fièvre typhoïde, la température est facilement abaissée par la phénacétine, mais l'effet est tout à fait passager. Chez une jeune fille de 15 ans, Masius vit un gr. 50 amener en l'espace de cinq heures une chute de la température de 39.5 à 36.2, mais cet abaissement ne put être maintenu que par de nouvelles doses de médicament. Comparée à l'antipyrine, la phénacétine produit une descente plus rapide de la température, mais celle-ci reste moins longtemps abaissée, surtout dans la seconde moitié de la journée. Dans certains cas la fièvre se montre tout à fait rebelle à son action, malgré l'emploi de cachets de 0,25 centig, répétés presque d'heure en

---

l'excès d'une fatigue parvenue à ce point où elle n'aspire qu'au repos de la nuit.

« Le pain leur manquait depuis deux jours, lorsqu'ils découvrirent un trou de roche où se cacher. Elle se jeta sur son cœur, et, quand ils furent assis, il sembla qu'elle lui disait : « Mange-moi, si tu as faim. » — Mais il avait perdu connaissance et, quand il lui revint assez de forces, pour la presser entre ses bras, il trouva qu'elle était morte. Alors il se leva, la chargea sur ses épaules et la porta jusqu'au cimetière du premier village, où il lui creusa une fosse qu'il couvrit de terre et d'herbes, et sur laquelle il planta une croix composée de son bâton qu'il avait traversé de son épée. Après cela, il ne fut pas difficile à prendre, car il ne bougeait plus. Quelqu'un de ces évènements si communs alors, lui rendit la liberté; le bonheur, c'était fini.

« Mon compagnon de voyage, qui ne conservait, à 22 ans, que les linéaments d'une belle et noble figure, était d'une extrême maigreur, peut-être parcequ'il mangeait à peine pour se soutenir. Il était pâle, et sous son épiderme un peu basané la pâleur de l'Italien était livide. L'activité de sa vie morale semblait s'être réfugiée tout entière dans ses yeux d'un bleu transparent et bizarre qui scintillaient avec une puissance inexprimable, entre deux paupières rouges, dont les larmes avaient, selon toute apparence, dévoré les cils, car ses sourcils étaient d'ailleurs très beaux.

« Comme nous nous étions avoué l'un à l'autre que nous étions très sujets au cauchemar, nous avions pris l'habitude de coucher dans deux chambres voisines pour pouvoir nous éveiller réciproquement, au bruit d'un de ces cris lamentables, qui tiennent plus de la bête fauve que de l'homme Seulement il avait toujours exigé que je fermasse la porte de mon côté, et j'attribuais cette précaution à l'habitude inquiète et soupçonneuse d'un malheureux, qui a été longtemps menacé dans sa liberté, et qui jouit peu du bonheur de se remettre à la garde d'un ami.

« Un soir, nous n'eûmes qu'une chambre et un lit pour deux. L'hôtellerie était pleine; il reçut cette nouvelle d'un front plus soucieux que de coutume. Il divisa les matelas de manière à faire deux lits, délicatesse dont je me serais peut-être avisé et qui ne me choqua point. Ensuite, il s'élança sur le sien et, me jetant un paquet de cordes dont il s'était muni : « Viens me lier les pieds et les mains, me dit-il, avec l'expression d'un désespoir amer, ou brûle-moi la cervelle. »

heure ; dans d'autres, elle cède assez bieu au début, pour se moutrer ensuite presque eutièrement réfractaire à la phénacétine. Masius, qui emploie ainsi de 2 gr. à 4 gr. par jour, a souvent observé des phénomènes d'intoxication, malaise, frissons, cyanose, qui sans être aussi intenses que ceux provoqués par les autres antipyrétiques et en particulier par l'autifébrine, out été néanmoins suffisants pour devenir inquiétants. Le frissou se montre lors de l'asceusion brusque qui suit l'abaissement de la température ; il dure peudant plusieurs minutes et peut s'accompagner de cyanose des lèvres et du pourtour des yeux. Des transpirations aboudantes et une sensatiou subjective de grande chaleur se montreut chez quelques sujets, uotamment lors de la chute de la température. Eu revanche, quand il existe chez le malade des douleurs ou de l'insomuie, la phénacétiue les calme.

La température, dans la pneumonie, est également abaissée par la phénacétine. Cependant si l'on compare les observations de Masius et celles de Misrachi et Rifat on voit que les résultats sont un peu différents : Masius ne réussissait à produire une desceute de la courbe qu'eu donnant des doses répétées du médicameut, tandis que ces deruiers obtenaieut cet effet avec des doses faibles. Ils citent entre autres le cas d'un enfant de 2 ans et demi, chez lequel 0.30 ceutigr. firent tomber la température de 39° à 35°,5 ; la phéuacétine leur paraît constituer dans cette maladie un autithermique puissant, préférable surtout à la quinine dont l'action, on le sait, est ici presque nulle. Elle n'agit pas sur la marche de la maladie et n'a ancune influeuce sur le pouls et la respiration, mais elle amène un bieuêtre réel en supprimant très vite le point de côté et en aidant ainsi à la disparition de la dyspuée. Là encore, l'action nervine prend le pas sur l'actiou antithermique.

La phénacétine a une action réelle sur les accideuts rhumatismaux, notamment dans le rhumatisme articulaire subaigu et dans le rhumatisme musculaire, soit qu'elle agisse sur le processus lui-même, soit qu'elle agisse seulement sur la douleur. La température, sous son influence, revieut rapidemeut à la normale et en un jour on deux les douleurs disparaisseut et les mouvements deviennent possibles. Malheureusemeut cette action est très fugitive, et pour peu que l'ou suspeude la médication on voit reparaître fièvre et douleurs. C'est pour cela que Masius maintient ses malades sous son influeuce quelque temps encore après la disparition des douleurs ; jamais il ue l'a vue amener des accidents chez les rhumatisants.

Dans la tuberculose, la phénacétiue amène nn abaissement notable de la température, mais toujours sans influeucer en qnoi que ce soit la marche de la maladie. Avec 1 à 2 grammes par jour, Masius la fait tomber de 38°,5 à 37°,5 par exemple ; dans d'autres cas, 4 grammes sont nécessaires pour l'abaisser de 39° à 37°8. Malheureusemeut, les courbes ou'il nous présente ne retraceut guère que la température d'une journée ou deux ; ou ne peut donc passe rendre compte de l'action produite par l'emploi de doses répétées de phénacétine. Misrachi et Rifat disent, eu effet, que le premier jour de son administration l'effet produit par la phéuacétiue est plus puissant que celui des jours suivants ; c'est seulement le premier jour qu'on voit l'apyrexie durer six heures : les jours suivants, elle oscille eutre quatre et cinq heures.

Je n'ai encore expérimeuté la phéuacétine que dans la tuberculose et j'ai été surpris de l'intensité de l'action autithermique que j'obtenais avec une dose faible, 0,50 centigr. par jour. Daus un cas de granulie où la température se mainteuait depuis lougtemps à un degré élevé, cette actiou fut très remarquable.

X..., granulie

	MATIN	SOIR	
23 janvier	39,3	40,2	Pas de médicament
24 —	38,9	40,3	—
25 —	39,5	40°	—
26 —	39,2	40,1	Phénacétine 0,50
27 —	30°	40,3	—
28 —	38,2	37,5	—
29 —	38°	38,5	—
30 —	37,6	37,8	—
31 —	37,4	37,5	Suppression de la phénacétine
1er février	39°	39,5	—
2 —	38,5	40°	—

Deux faits ressortent de cétte observatiou : le premier c'est l'actiou relativemeut leute de la phénacétine sur la température, puisque ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures que la rémissiou matinale commeuça à s'accentuer sous son influence ; le secoud, c'est l'ascension rapide de la température dès que son emploi fut cessé. Chez les malades atteints de tuberculose où j'ai essayé la phéuacétine, j'ai toujours observé ce même retard de 48 heures dans son actiou ; pendant deux jours le médicameut est donné sans modifier la courbe, le troisième la rémission matinale est très forte et les températures du matin et du soir continuent, à partir de ce moment,

« Je racoute, je ne fais pas un épisode de roman fantastique. Je ne rapporterai pas ma réponse et les détails d'un entretien de cette nature, ou les devinera.

« L'infortunée qui me dit de la manger pour soutenir ma vie, s'écria-t-il, eu se renversant avec horreur et en couvrant ses yeux de ses deux mains...,il n'y a pas une nuit que je ne la déterre et que je ne la dévore dans mes souges, pas une nuit où les accès de mon exécrable somnambulisme ue me fassent chercher l'endroit où je l'ai laissée, quand le démou qui me tourmente ne me livre pas sou cadavre. Juge maintenant si tu peux coucher près de moi, près d'un vampire !...

« Il serait plus cruel pour moi que pour le lecteur d'arrêter son attention sur ce récit. Ce que je puis faire, c'est d'attester sur l'honneur que tout ce qu'il y a d'essentiel est exactement vrai, qu'il n'y a pas même ici cette broderie du prosateur qui accroît les dimensions de l'idée en la couvrant de paroles. »

Voilà ce qui en est parfois de nous dans le sommeil de la nuit.

L'invasion du cauchemar a lieu ordinairement dans le premier sommeil. Il est rare qu'il survienne plusieurs fois dans la même nuit, à moins que le mal ne soit ancieu. Dans ce cas ou peut en éprouver plusieurs atteintes successivemeut, sans qu'il y ait réveil complet dans les intervalles. Les paroxysmes sont généralemeut très courts, ils ne durent que quelques instants. On les voit survenir tantôt tous les mois, tantôt toutes les semaines ou toutes les nuits ; d'autres fois le cauchemar ue se moutre qu'une fois ou deux dans la vie. Parestus eu a été atteint une fois dans sou enfance, il lui semblait qu'un chien noir s'était couché sur sa poitrine et le pressait si fort, qu'il craignait d'étouffer. Il se réveilla frappé de terreur et, jetant quelques cris pour appeler ses parents, il ne put dans le premier moment, leur parler, mais au bout de quelques instants, tous les signes de l'incube disparurent et il n'en fut plus attaqué le reste de sa vie.

Le cauchemar s'observe particulièrement chez les femmes hystériques, chez les hypochondriaques et les personnes timides et pusillanimes. Parestus va jusqu'à dire que les hommes doués de courage u'en sont jamais atteints, je déclare cette assertion fausse de tous points, car le cauchemar tieut à un état de souffrance de l'organisme, à une perturbation de la force vitale ou à une lésion organique. Je connais d'ailleurs des hommes très courageux qui sont sujets au cauchemar.

à osciller autour de la normale. On pent en juger par ces denx observations :

X.., 28 ans. Phthisie pulm.				Y..., 39 ans. Phtisie pulm.	
23 janv.	38,2	39,6	Pas de médicament	38°	39,8
24 —	38,5	39,3	—	38°	39,6
25 —	38,8	39,4	—	38,6	39,3
26 —	38,5	39°	Phénacétine 0,50	38,6	39,8
27 —	38°	39,8	—	38,2	39,1
28 —	37,4	37,8	—	37,6	37,2
29 —	37°	37,8	—	37,8	38°
30 —	37°	37,4	—	37,2	37,8
31 —	37·2	38°	—	37,3	37,8

La phénacétine était donnée à ces malades en une senle fois, chaque jour à la dose de 0,50 à 3 heures du soir, et cette quantité, très faible, suffisait à amener l'abaissement notable de température que l'on pent constater dans ces deux tableanx.

A ne considérer que ces courbes qui indiquent la température prise à 8 heures dn matin et à 8 heures du soir, l'action antithermique de la phénacétine serait fort remarquable, mais si au lieu de se contenter de cela on prend la température des malades plnsieurs fois par jour, on voit qn'elle subit des oscillations singulières. En voici un exemple :

	HEURES	TEMPÉRATURE	
30 janvier	8 (matin)	37°	
—	12 —	39,2	
—	4 (soir)	39,3	Phénacétine 0,50
—	8 —	37,4	
31 janvier	2 (matin)	39,8	
—	8 —	37,2	
—	12 —	39	
—	4 (soir)	38,6	Phénacétine 0,50
—	8 —	38	

Toutes mes malades m'ont donné des courbes semblables, très irrégulières et d'où je ne puis tirer aucune conclusion. J'ai essayé de varier l'heure à laquelle elles prenaient la phénacétine, et j'ai constaté les mêmes irrégularités et les mêmes rémissions matin et soir. Il semblerait donc que la phénacétine, dans la phtisie, porterait surtout son action sur la rémission matinale et modifierait le caractère de la courbe thermique plutôt que la température elle-même. De nouvelles recherches sont nécessaires pour éclairer cette question qne je ne fais que signaler ici.

IV

Comme l'antifébrine et l'antipyrine, la phénacétine possède une action nervine et a été prônée comme analgésique. Des essais qui ont été faits, on peut conclure qu'elle est un analgésique de premier ordre, supérieur même dans certains cas à l'antipyrine. Sur un total de 54 cas où les malades étaient en proie à une affection douloureuse, céphalalgie, migraine, névralgies de divers ordres, sciatique, névroses d'origine utérine, douleurs menstruelles, etc. Misrachi et Rifat ont obtenn 43 fois la disparition immédiate de la douleur, trois fois une simple diminution de celle-ci et n'ont échoué que huit fois. De ces observations, il paraît ressortir surtout que la phénacétine est puissante dans les cas chroniques, et en effet, dans deux cas de lumbago datant de plus de deux ans, dans un cas de sciatique rebelle et récidivée, on vit, par l'emploi continué de la phénacétine, la guérison arriver et se maintenir. On ne peut affirmer que cette guérison était radicale, c'est vrai, mais la rémission obtenue valait la peine d'être cherchée. Je n'ai eu l'occasion d'employer la phénacétine que dans des cas de céphalalgie, mais je l'ai vue calmer la douleur d'une façon complète en moins d'un quart d'heure, à la dose de 0,50 cent. Masius s'en est servi chez un ataxique à une période avancée; les douleurs ne commencèrent à diminuer que le troisième jour de la médication, mais elles disparurent alors d'une façon plus complète et plus définitive que par l'antipyrine ; 1 gr. 50 par jour avait suffi pour atteindre ce résultat.

Comme l'antipyrine, elle pent servir à combattre la polyurie d'origine nerveuse, ainsi que l'ont montré Huchard (1) et Dujardin-Beaumetz (2). Une dose de 1 gr. 50 suffit pour amener une diminution considérable dans la quantité d'nrines émises. Cette propriété, qui est ntile dans la polyurie simple, devient une cause de dangers réels quand on emploie la phénacétine dans les fièvres ; il est à supposer qu'en diminuant l'excrétion rénale elle aide à retenir dans l'organisme les produits de désassimilation qu'il est si important de faire évacuer et que par conséquent, elle n'exerce qu'une action défavorable sur la marche de la maladie.

(1) Bulletins de la Société de thérapeutique 1888, p. 46.
(2) Semaine médicale 1888, p. 75.

L'âge de 15 à 20 ans y prédispose. Certaines affections organiques, les lésions du cœur par exemple, sont dans le même cas. Ici l'incube est symptomatique et rentre dans notre deuxième classe de rêves morbides.

Morgagni a fait l'autopsie d'un homme qui était sujet au cauchemar, il trouva de la sérosité dans la plèvre, et le cœur se présenta dans un tel état de grosseur qu'on n'en avait jamais vu auparavant d'aussi volumineux, à cause surtout de l'extrême dilatation du ventricule droit et de l'oreillette qui lui est unie, mais l'aorte était extraordinairement resserrée et contractée près du cœur.

La croyance aux spectres, aux fantômes, aux revenants, la terreur produite par certains récits, par certains tableaux, par des idées superstitieuses, surtout lorsqu'elles se trouvent réunies avec quelques causes physiques ou organiques, et avec une constitution médicale particulière, peuvent devenir l'occasion du cauchemar et surtout du cauchemar épidémique. Les fatigues, les veilles prolongées, les marches forcées, l'ardeur du soleil, les chagrins prolongés, la tension trop forte et trop soutenue de l'esprit, la débauche, une vie sédentaire, les pneumatoses, les vers, une constitution pléthorique, l'embarras gastrique, la continence, la rétention des menstrues, un air vicié, le décubitus dorsal, etc., sont autant de causes d'incube.

Il est important de faire cesser au plus vite un tel état morbide, car outre l'angoisse qu'éprouve, pendant son sommeil, le malheureux en proie au cauchemar, il peut donner lieu à l'épilepsie, à la catalepsie, à l'apoplexie, à l'aliénation mentale. Les auteurs citent plusieurs exemples de ces transformations. Enfin on cite des cas de mort : *incubus in juvene læthalis*. (Vacher, 1686.)

Le moyen le plus efficace contre cette étrange affection consiste dans un régime sévère et dans l'éloignement de toute cause excitante. Dans le traitement, on aura égard surtout à la nature des causes et à la constitution du sujet.

Le cauchemar est-il produit par le trouble des fonctions digestives, on aura recours aux stomachiques, aux évacuants, suivant les cas. Est-il, par contre, le résultat d'un état pléthorique, on n'hésitera pas à recourir aux émissions sanguines. Est-il sous la dépendance d'une affection nerveuse, de l'hystérie, par exemple, on combattra ces maladies par les bromures, les antispamodiques, l'hydrothérapie. — A-t-on affaire à la chloro-anémie, les ferrugi-

V

Je ne connais qu'un seul cas d'intoxication par la phénacétine, c'est celui qui a été observé par Lindmann (1). Il s'agit d'une femme atteinte de migraine, qui prit, pour s'en débarrasser, deux cachets de phénacétine d'un gramme chacun en l'espace de trois heures. Elle éprouva du vertige, des nausées, du tremblement dans les membres, la céphalalgie augmenta, de la cyanose parut sur le visage en s'accompagnant de sueurs froides, il y eut des nausées et de l'insomnie, et ce n'est qu'après un jour et une nuit de soins assidus que ces accidents disparurent. Les autres auteurs n'ont jamais noté de phénomènes aussi accentués, mais tous ceux qui ont donné la phénacétine à doses élevées ont observé de la cyanose, des frissons, des sueurs froides, des malaises vagues, symptômes qui rappellent assez ceux qui accompagnent l'ingestion de l'antifébrine.

A part ces accidents rien ne fait soupçonner de troubles dans les autres fonctions. Le cœur ne paraît pas influencé défavorablement par la phénacétine ; il n'y a pas de collapsus. L'influence sur les voies respiratoires est nulle, il en est de même des voies digestives ; il n'y a jamais de nausées ni de vomissements à la suite de son ingestion. Elle ne détermine pas de troubles nerveux et paraît même avoir une certaine action hypnotique par le soulagement qu'elle apporte au malade.

La phénacétine doit-elle être préférée ou même seulement mise sur le même plan que l'antipyrine ? c'est là une question à réserver, et comme le dit Ch. Eloy (2) s'il est facile de poser les indications thérapeutiques des antithermiques, il n'est pas aussi commode de choisir entre eux. On a dit que la phénacétine présentait sur l'antipyrine l'avantage de ne pas être toxique, mais le cas de Lindmann et la cyanose si souvent observée chez les malades qui en avaient trop pris nous rappellent à la prudence. D'autre part, son action sur la température dure peu, quelques heures au plus ; elle est souvent infidèle et ne paraît pas aussi efficace que celle de l'antipyrine. Le seul avantage qu'elle paraisse présenter sur elle c'est d'être inoffensive pour les voies digestives et de ne jamais déterminer de douleurs gastralgiques ; peut être aussi une action élective, permettra-t-elle de la choisir dans certains cas.

(1) Gazette médicale de Paris, 1888, p. 405.
(2) Gazette hebdomadaire. Septembre 1888.

Mais, à notre avis, pas plus la phénacétine que les autres antithermiques du même genre, ne sont de bons médicaments. Leur action sur la température ne sert qu'à permettre au médecin de se tromper lui-même et de se donner l'illusion d'une belle courbe thermique. Ils abaissent la température, mais ils ne diminuent pas la fièvre et n'influencent pas la marche de la maladie. A Robin a démontré que le rôle de l'antipyrine dans les pyrexies n'était guère favorable à la guérison du malade ; depuis, une foule de cas sont venus démontrer la vérité de ses assertions : il est probable que l'étude de la phénacétine la fera ranger sur le même rang qu'elle et en fera restreindre l'emploi. Ces corps sont précieux comme médicaments nervins ; ils calment la douleur mieux que les narcotiques végétaux et n'en ont pas les inconvénients. Ils resteront dans la thérapeutique comme analgésiques précieux, mais ils en disparaîtront en tant que fébrifuges.

Georges LEMOIRE (de Lille).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE, par Léon AUDAIN, interne des Hôpitaux.

Observation par le Dr VIGNES.

Suite (1).

CHAPITRE IV.

OBSERVATION

Luxation sous-glénoïdienne de l'épaule droite. — Variété costale. — Un valet de ferme, de V... (Yonne) jeune et vigoureux, bien musclé, âgé de 25 ans, descendant un escalier droit et roide, espèce d'échelle de meunier, portant sur l'épaule droite un sac de blé, son corps était légèrement incliné en avant, le sac prenant un point d'appui sur l'épaule, la partie postérieure du thorax et la partie supérieure de la région lombaire. De la main droite il le maintenait en place, en le retenant par une des cornes supé-

(1) Voir les numéros précédents.

neux, les toniques, les douches froides, les bains de mer seront ordinairement couronnés de succès.

Il faut rappeler la menstruation si elle est supprimée. Si le cauchemar est périodique, les gastriques sont naturellement indiqués, combinés surtout aux différents procédés hydriatiques. — Les antihelmintes sont héroïques lorsque les vers en sont la cause.

Il ne faut pas négliger de conseiller les distractions de toute sorte, l'exercice, le massage, les voyages, et le sommeil sur un lit dur.

Il est inutile de dire que lorsque les paroxysmes se répètent souvent, il faut surveiller les malades et les éveiller aussitôt qu'on s'aperçoit que l'accès va se déclarer.

Bonnet cite l'observation d'un homme robuste qui, depuis deux mois, éprouvait des attaques de cauchemar, toutes les fois qu'il lui arrivait de dormir couché sur le dos. Ce malade prit le parti de faire coucher dans son lit un domestique qui, lorsqu'il s'apercevait que son maître avait une attaque de cauchemar, le retournait sur le côté. Ce procédé ne manqua jamais de faire cesser immédiatement l'accès.

L'officier espagnol dont j'ai rapporté plus haut l'observation, fut guéri de son cauchemar par le réveil forcé avant l'invasion de l'accès.

Enfin, lorsque l'accès est déclaré, il faut éveiller le malade avec douceur et précaution.

Dr M. MACARIO (de Nice).

Exposition universelle. — Le service médical de l'Exposition de 1889 est ainsi composé : M. le Dr Moizard, médecin en chef ; MM. les Drs Audigé, Balme, Benoît de Martouret, Beurnier, Bouttier, Cadet-Naudet, Colin (René), Costilhes, de Crésantignes, Devillers, Duhoys de la Vigerie, Gauchas, Guillier, Hirtz (Hippolyte), Lafage, Lebreton, Lepage, Leriche, Leroux, Moutier, Petit, Quenu, Seailles, Tapret, Tripet, Trousseau, Weil (Julien).

rieures. Dans ces conditions le bras était dans l'*élévation*, l'abduction et dans la rotation en dehors prononcée. L'axe du bras formait donc avec le tronc un angle droit, le coude était aussi élevé, si ce n'est plus que le sommet de l'épaule, comme on peut aisément le concevoir. De plus l'avant-bras était fléchi sur le bras et la main en pronation. Dans de telles conditions, l'omoplate était fixé par la contraction du trapèze, du rhomboïde, etc., le grand pectoral et le sous-scapulaire fortement tendus comme il arrive toujours lorsque le bras est dans l'abduction et la rotation en dehors. Le sus-épineux, le deltoïde et le biceps contractés maintenaient fortement la capsule articulaire en haut (mouvement d'élévation et de flexion énergique du bras). Le sous-épineux et le petit rond, qui agissent dans la rotation en dehors fortifiant la partie externe de la capsule. Le tendon de la longue portion du triceps n'obéissait qu'à la tonicité musculaire et offrait par conséquent une faible résistance. Ces considérations nous montrent que le point où la capsule articulaire est le moins résistante naturellement, nous voulons dire la partie inférieure où les muscles, ligaments actifs manquent, se trouvait être justement le point de l'articulation qui supportait la pression la plus grande. Ces conditions étaient aussi favorables que possible pour la production d'une luxation en bas. L'homme dont il s'agit n'avait plus que deux ou trois marches à descendre lorsque le talon de sa bottine s'accrocha à un des échelons et lui fit faire un faux pas. Il est projeté en avant poussé par le poids du sac de blé, mais au bas de l'escalier se trouvait une planche transversale surmontant une porte. En étendant rapidement le bras gauche, il parvient à se retenir à cette planche. Sous l'influence du recul, le sac glisse de son épaule et tend à l'entraîner en arrière. De sa main droite, qui tenait une des cornes du sac, il s'efforce instinctivement de le retenir, mais ne peut y arriver, le sac tombe, le malade est entraîné en arrière et nous raconte qu'il se trouve assis sur le sac, l'avant-bras droit placé sur la nuque et la face palmaire de cette main *droite appliquée* sur sa joue gauche, de telle sorte que, suivant ses propres expressions« il lui avait semblé qu'une personne placée derrière lui le tenait par la tête. » De sa main gauche il dégage son avant-bras droit, mais il s'aperçoit que le bras reste éloigné du tronc.

Appelé auprès du malade deux à trois heures après l'accident, nous trouvons le coude fortement éloigné du tronc, l'axe du bras faisant avec le coude un angle de 45 à 50° environ; l'avant-bras est soutenu au-devant du thorax par la main gauche. Nous ne notons nulle part trace d'ecchymose.

L'épaule présente au plus haut degré possible l'aspect de la capote de soldat placée par-dessus l'épaulette. Le deltoïde est très tendu et son attache humérale extrêmement saillante. Pas de saillie, ni à la partie antérieure, ni à la partie postérieure de l'aisselle. La cavité glénoïde explorée à travers le deltoïde est vide. En plaçant la main dans le creux axillaire, on trouve ce creux effacé et on note la présence de la tête humérale, qui semble *recouverte directement par la peau*. En imprimant au bras des mouvements alternatifs de rotation en dedans et en dehors, on sent que la tête humérale roule dans la main; située sur la ligne axillaire moyenne, elle semble répondre au troisième espace intercostal. Il existe un allongement de *trois centimètres*. La circulation et la sensibilité sont normales.

Il fut procédé à la réduction qui se fit avec la plus grande facilité. La main placée dans l'aisselle sentit la tête remonter directement en haut et le coude put être rapproché du tronc. Nous avions donc en notre présence un cas typique sous-glénoïde de variété *costale*.

Cette observation, très intéressante, est, à plus d'un point de vue, instructive. Que s'est-il passé au moment où cet homme, appuyé de la main gauche sur la planche, s'efforçait en vain de maintenir le sac qui glissait ? Cela est facile à comprendre. Le mouvement du sac en bas et en dehors entraîna la main dans cette direction et, par suite, exagéra, porta au maximum le mouvement d'élévation et de rotation du bras en dehors ; la pression devenant trop grande, la capsule articulaire a cédé à l'endroit précis sur lequel portait l'effort, c'est-à-dire à sa partie inférieure, et le malade est tombé en arrière sur le sac au moment où sa main a lâché prise.

Dans ce cas, on voit se réaliser de la façon la plus simple et la plus nette possible, le mécanisme indiqué par M. Panas. La luxation en bas peut se produire dans le mouvement d'*élévation brusque* du bras, comme dans l'un des cas de M. Tillaux, mais le plus souvent la luxation sous-glénoïdienne vraie reconnaît le mouvement comme mécanisme, un mouvement exagéré de rotation en dehors, le bras étant plus ou moins dans l'élévation.

Notre observation offre encore comme point intéressant, la position de l'avant-bras sur la nuque, la main droite étant appliquée sur la joue gauche, que nous n'avons trouvée signalée dans aucun des cas rapportés jusqu'à présent, les conditions n'ayant pas été analogues à celles dans lesquelles le cas observé par nous s'est produit.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. Petit. — « Traité des luxations », 1re édition, 1705 et 2e édition, 1723.

A. Bonn. — Comm. de humero luxato (in-4°), 1782.

Sue et Chopart. — Mem. dogm. et pratique sur la luxat. du bras dans la clinique de Desault par Cassius, t. II.

Pinel. — Mém. sur le mécanisme des lux. de l'humérus, dans les observations de physique par Rosier, t. 33, 1788.

Desault. — Journ. de chir., t. II, p. 136, 1791.

A. Cooper.

Malgaigne. — Mém. sur les luxations de l'articulation scap. hum. Journal des Progrès, 1830, t. III. — Gazette médicale de 1835, p. 44. — Mémoire de l'Academie, t. V, page 143. — Traité des fractures et des luxations, 1855.

Sédillot. — Journal des connaissances med. chirur. avant 1835.

Pétrequin. — Gaz. méd. 1837, page 305.

Goirand d'Aix. — Gazette med., 1818 (3 observ).

Velpeau.

Pinel. — Mémoire sur le mécanisme des luxations de l'humérus. Paris, 1788, t. 3à.

Malle. — Mém. sur les luxations scapulo-humér. Mém. de l'Acad. de méd. Paris, 1838, t. VII.

Robert. — Luxation scapulo-hum. en bas. (Journal de chirurgie, 1843.

Bouisson. — Observ. et réflex sur quelq. variétés rares de luxations (Ann. de chirg. franç. et étrang. Paris, 1842, t. IX.)

Bourguet. — Luxation scapulo-humérale en bas. (Journ. de chirurgie de Malgaigne, 1843, t. I.)

Guépratte. — Luxation sous-glénoïdale de l'humerus. (Jour. de chirurgie.) Paris, 1844.

Panas. — Art. Epaule du dict. Jaccoud, 1872.

Parise. — Luxation sous-glénoïdienne. (Gaz. médicale, 1863.)

Thomas. — Luxation sous-glénoïdienne irréductible. (Revue de chirurgie.)

Nélaton.

Boyer (1845).

Follin et Duplay.

Tillaux. — Anatomie topographique (traité d'), 1885. V. F. Villar, Gaz. des Hôp., n° 86, 1887.

Leroy.

Builly.

Bouygnes. — Soc. anat. Paris, 1888.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DES TUMEURS.

I. — Lipomes diffus, par Morsant Baker et A. Bowlby, *Medical Chirurgical Transactions*, T. LI. Analysé in *Centralblatt für Chirurgie* 1888, n° 47, p. 862.

II. — Un cas de fibro-lipome rétro-oculaire, par le Dr Noiskewski, *Gazetta lekarska*, 1888, n° 4. Analysé *Ibidem*, 1888, n° 46, p. 854.

III. — Un cas de lipome (sous-séreux) de la grande lèvre, par le Dr Graefe, de Halle. *Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaekologie*. T. XIV, fasc. I. Analysé in *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1888, n° 66, p. 787.

IV. — Sur les rapports de la glande coccygienne de Luschka avec les tumeurs du siège, par le Dr M. B. Schmidt, *Virchow's Archiv*. T. CXII, fasc. 3, p. 372.

V. — Contributions a l'anatomie pathologique des tumeurs de la glande mammaire (ostéosarcome, cysto-adénomes), par le Dr Leser, de Halle. *Centralblatt für Chirurgie* 1888, n° 47, p. 878.

VI. — Un cas de carcinome de la glande mammaire chez un homme, par le Dr A. W. Berns, d'Amsterdam, *Archiv. für Klin Chirurgie*. T. XXXV, p. 228.

Un nouveau cas de cancer de la glande mammaire chez un homme, par le Dr Schuchardt, de Gotha, *Ibidem*, p. 230.

VII. — Sur les tumeurs gommeuses des muscles, par le Dr Kazeswki, de Berlin. *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1889, n° 17, p. 202.

I. — MM. Morsant Baker et A. Bowlby relatent 13 observations de lipomes diffus, tirées de leur pratique personnelle, avec lesquelles ils ont mis en regard d'autres faits du même genre empruntés à différentes sources, pour tracer l'histoire de ce genre de tumeurs.

Ces lipomes diffus sont constitués par des amas de graisse sans limites précises, sans capsule d'enkystement, disposés presque toujours dans un ordre symétrique, principalement dans les régions sous-maxillaire, mastoïdienne et de la nuque. Les tumeurs sont toujours très molles, presque fluctuantes, sans rénitence; elles semblent être logées dans le tissu sous-cutané, mais ne se laissent point déplacer sur la couche sous-jacente. Elles se distinguent des nœvus sous-cutanés en ce qu'elles n'ont pas, comme ceux-ci, une organisation lobulée, et en ce qu'elles ne diminuent pas beaucoup de volume, sous l'influence de la pression. Par contre, on les voit subir spontanément des diminutions de volume et de consistance assez considérables: il arrive que leur consistance augmente, que leur volume se réduise jusqu'à néant.

Tous les faits observés jusqu'à ce jour concernaient des hommes et des adultes (de 29 à 63 ans). Dans le plus grand nombre des cas, l'affection a débuté entre 35 et 45 ans. La rapidité de développement de ces amas graisseux est très variable; parfois les tumeurs atteignent un volume considérable en moins de douze mois. Exceptionnellement, elles se développent aux bras et aux avant-bras, dans les régions thoracique et abdominale, ainsi qu'au scrotum. Il est à remarquer que les régions où ces tumeurs siègent de préférence, se distinguent par leur richesse en ganglions lymphatiques, sans que d'ailleurs on puisse découvrir des relations directes entre ces organes et les lipomes diffus. Partout, ces tumeurs siègent dans le tissu sous-cutané; quelquefois, elles adhèrent manifestement à la peau.

Cette lipomatose diffuse n'a aucun retentissement fâcheux sur l'état général; l'intervention opératoire ne peut donc être légitimée qu'exceptionnellement, d'autant plus qu'elle se heurte à des difficultés réelles, eu égard à l'impossibilité de délimiter ces tumeurs. En fait de médicaments internes, Brodie a préconisé l'emploi de la liqueur de potasse caustique. Les deux auteurs n'ont obtenu aucun bon résultat avec cette médication. L'administration interne de l'arsenic et du fer a été d'une certaine utilité; les préparations iodées ont été plus nuisibles qu'utiles. L'abus des spiritueux paraît être dans un certain rapport étiologique avec cette lipomatose diffuse, car, à quelques exceptions près, tous les cas connus concernaient des ivrognes.

II. — Une jeune fille de 19 ans remarquait déjà depuis une dizaine d'années que son œil gauche allait en augmentant de volume. Depuis plusieurs années, elle était frappée d'une amaurose de l'œil en question. L'exophtalmie avait atteint un degré tel que la cornée proéminait en totalité au-dessus du nez. Elle était due à la présence d'une tumeur rétro-oculaire.

On procéda à l'extirpation du néoplasme, qui avait son point de départ dans la gaine du nerf optique; on laissa intact le globe oculaire. La tumeur, par ses caractères histologiques, se rattachait à la fois au lipome et au fibrome.

III. — Une femme de 37 ans, nullipare, s'était aperçue, depuis une dizaine d'années, de la présence d'une grosseur, du volume d'une noix, sur la grande lèvre du côté gauche. En l'espace de cinq mois cette tumeur avait atteint le volume d'une tête d'adulte, lorsque cette femme, croyant à une hernie, vint réclamer les secours de l'art.

M. Graefe diagnostiqua une hernie de la grande lèvre, renfermant une portion d'épiploon atteinte par la dégénérescence lipomateuse. La tumeur ayant été extirpée, il se fit voir qu'il s'agissait d'un lipome simple, du poids d'une livre et demie, qui avait eu son point de départ, non dans l'épaisseur de la grande lèvre, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané compris entre la paroi vaginale et la branche descendante du pubis.

On appliqua sur le pédicule de la tumeur une ligature au catgut. La guérison fut obtenue sans autre complication qu'une thrombose de la jambe droite. L'auteur insiste sur la nécessité de procéder avec beaucoup de circonspection à la ligature du pédicule de semblables lipomes, car on doit craindre de léser quelque pli du péritoine ou une anse d'intestin, adhérent au néoplasme et entraîné à sa suite.

IV. — M. B. Schmidt publie deux cas de tumeur congénitale du sacrum, dans lesquels l'examen histologique fit reconnaître des cysto-sarcômes. On a prétendu établir des rapports entre ce genre de tumeur et la glande coccygienne de Luschka, opinion que réfute l'auteur, en se basant sur cet argument péremptoire : il lui a été possible de disséquer et d'enlever intacte la glande coccygienne, indépendamment de la tumeur. En outre, les caractères histologiques de ces tumeurs du sacrum ne cadrent pas avec la structure de la glande de Luscka.

V. — M. Lesser a publié la description détaillée d'un ostéo-chondrome du sein; la préparation provenait d'une femme de 67 ans. La tumeur avait mis seize ans à se développer, pour atteindre le volume d'un poing d'adulte: accroissement lent d'abord, beaucoup plus rapide vers la fin. La

tumeur, complétement enkystée, était de consistance ferme, dure, à surface lisse avec quelques saillies plates.

La masse principale du néoplasme était formée de cartilage hyalin, traversé dans différentes directions par des bandes de tissu conjonctif, quelques-unes accompagnées de productions glandulaires. Par places il s'était fait une multiplication considérable des cellules cartilagineuses, ainsi qu'une métamorphose en cartilage fibrillaire, avec vascularisation très prononcée. Ces altérations avaient pour siège les zones avoisinant la partie dure de la tumeur, dans laquelle on pouvait poursuivre le travail de calcification et d'ossification du tissu. Les deux tiers de cette portion de la tumeur étaient constitués par du cartilage calcifié, l'autre tiers par du tissu osseux spongieux.

A l'idée de l'auteur, le néoplasme aurait eu pour point de départ un résidu embryonnaire de rudiment de côte, égaré en quelque sorte dans la région mammaire.

M. Lesser a relaté ensuite six cas d'une variété de tumeur, qu'on a englobée dans le genre cysto-sarcome. Cette variété de tumeur est caractérisée par une prolifération des éléments épithéliaux de la glande, avec formation précoce de kystes, apparition d'excroissances papillaires dans les canalicules et absence de prolifération conjonctive dans les interstices des kystes. Etant donnée l'absence d'éléments sarcomateux, M. Lesser trouve que pour désigner ce genre de tumeur, il serait préférable de substituer au nom de cysto-sarcome, celui d'adéno-kystome papillifère épithélial du sein, par analogie avec le cystome papillifère de l'ovaire.

Cette variété de tumeur ne se développe que rarement chez des personnes avancées en âge, jamais elle n'acquiert les dimensions énormes qu'atteignent les cysto-sarcomes. Un des cas relatés par M. Lesser concernait un sujet du sexe masculin.

Suit la description de sept préparations relatives à des adénomes et à des adéno-fibromes typiques du sein.

VI. — Le sujet de l'observation de M. Berns, un homme obèse, âgé de 42 ans, présentait, depuis sa jeunesse, un développement exagéré des seins. Ceux-ci avaient tout à fait l'aspect d'une poitrine opulente de femme, à l'époque où le malade vint consulter l'auteur. De plus, à gauche, la glande mammaire logeait une tumeur qui, après extirpation, fut reconnue pour un sarcome alvéolaire. La tumeur récidiva; une nouvelle extirpation aboutit à des accidents métastatiques mortels. Les ganglions axillaires ne participaient pas à la dégénérescence carcinomateuse.

— Le fait relaté par M. Schuchardt a été observé par M. Franke, de Brunswick. Il concernait un vieillard de 69 ans, porteur d'un néoplasme du volume d'une noix, logé dans le sein gauche.

VII. — Dans une communication récente à la Société médicale de Berlin, M. Karewski a soutenu que l'on estime généralement au-dessous de sa valeur réelle, la fréquence des tumeurs gommeuses des muscles. Dans le courant de l'année dernière M. Bier a publié 12 cas de gommes siégeant dans les muscles, et M. Karewski en a observé pour sa part 9 exemples. D'après les faits connus, le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, constituerait le siège de prédilection de ces tumeurs, mais on peut les rencontrer en n'importe quelle autre région. Il est avéré aussi, que les gommes n'ont aucune tendance à se propager d'un muscle à un autre; ils affectent le caractère d'une néoplasie solitaire. Ce point a une grande importance en égard au diagnostic différentiel des gommes avec les tumeurs sarcomateuses des muscles, ces dernières ayant une tendance très marquée à envahir de proche en proche les masses musculaires de voisinage.

On a prétendu que les gommes des muscles n'occasionnent point de troubles ni de gêne notables. Il est rare cependant que la présence d'une pareille tumeur n'éveille pas des symptômes tels que contractures musculaires plus ou moins violentes, douleurs plus ou moins vives, diurnes et nocturnes. Dans un seul des cas observés par M. Karewski, les douleurs ont fait complétement défaut. Sur ce point les observations de M. Bier concordent avec celles de l'auteur. La recherche des manifestations concomitantes ou antécédantes de la syphilis doit être faite avec la plus grande minutie. Il faut savoir d'ailleurs, que l'apparition d'une gomme musculaire est parfois très précoce. Mauriac a cité des cas où ce genre de syphilome a été constaté 3 à 5 mois après l'infection syphilitique; Bier a rapporté des faits analogues (7 à 10 mois). Chez un des malades de M. Karewski, une gomme musculaire était apparue 6 mois après la contamination. Le traumatisme paraît exercer une influence réelle sur l'apparition de ces gommes; celles-ci se développent avec une grande rapidité et sont particulièrement douloureuses, lorqu'elles reconnaissent pour cause occasionnelle une violence extérieure.

Le sort du muscle envahi par une gomme dépend de l'efficacité du traitement institué. Sous l'influence d'un traitement spécifique, il est de règle que les gommes fondent en totalité, laissant tout au plus à leur suite, un certain degré d'atrophie du muscle. Lorsqu'on intervient par voie opératoire, il en résulte toujours une perte de substance plus ou moins considérable. Une semblable intervention n'est justifiée qu'en cas de diagnostic douteux et à titre de tentative exploratrice, ou quand la gomme a été envahie par la suppuration, éventualité rare. Bier est partisan de l'excision exploratrice, que M. Karewski ne veut voir employer qu'avec beaucoup de circonspection : Instituer d'abord le traitement antisyphilitique. En cas d'échec, recourir à l'excision exploratrice. Si, malgré cela, on commet une erreur de diagnostic, en prenant pour une gomme ce qui est un sarcome, il restera à l'opérateur une consolation, tirée de la malignité des sarcomes des muscles, qui fait que ces tumeur ne peuvent être radicalement guéries, même au prix d'une intervention opératoire.

(*A suivre*). E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

De la conicité physiologique du moignon, par A. Bruyelle. (Th. Paris).

La conicité du moignon, pathologique quand elle résulte d'un vice dans le manuel opératoire ou d'un processus secondaire tel que la gangrène ou l'inflammation, est normale ou physiologique lorsqu'elle tient à l'allongement graduel de l'os, favorisé d'une part par la conservation du cartilage de conjugaison, et de l'autre par l'accroissement local périphérique de l'os au point sectionné. Cette difformité s'observe après les amputations faites chez des enfants. C'est déjà une raison pour tenter la conservation. En tout cas le chirurgien, qui a la main forcée, doit se ménager le plus possible de parties molles, pratiquer une opération sous-périostée et rechercher la réunion par première intention. La conicité doit être respectée si elle ne gêne pas; dans le cas contraire, il y a lieu d'intervenir dans le but de réséquer l'extrémité saillante de l'os.

De la ration alimentaire en général, application au soldat, par J. L. de Montèty. (Th. Paris).

Pour maintenir son activité et ses forces, l'homme doit emprunter à l'alimentation ce qu'il perd par le seul fait de son entretien. Et s'il produit un travail quelconque musculaire ou cérébral, il a à majorer encore sa ration journalière. Car, qui dit travail, dit chaleur, dit force et sous-entend une série d'actions chimiques, oxydations, réductions, hydratations, déshydratations, synthèses et fermentations. La première chose à faire pour regagner les 20 grammes d'azote, les 310 grammes de carbone, les 30 grammes de sels et les 3 litres d'eau quotidiennement dépensés, c'est de prendre en quantité suffisante des aliments dont on a préalablement calculé les valeurs nutritives. Celles-ci parfaitement connues permettent entre autres choses de démontrer nettement l'insuffisance de la ration du soldat et la nécessité qu'il y aurait de l'accroître tant pour le pied de paix que pour le pied de manœuvres et de guerre. Il faut fonder peu d'espoir sur les vivres de conserve qui, fort cher, et souvent peu sapides, seront consommées à titre d'exception.

Topographie médicale de l'île de Sein (Finistère), par L. Gouzien. (Th. Paris).

Située dans l'océan Atlantique, à 10 kilomètres du continent, l'île de Sein a une superficie de 56 hectares et compte 800 habitants. Ces derniers généralement robustes et bien portants se laissent assez facilement aller à commettre des excès de boissons. Si les maladies infectieuses et contagieuses sont rares en raison sans doute de l'imperméabilité du sol et de l'absence de marais, les affections *à frigore* se rencontrent assez fréquemment surtout dans la mauvaise saison; néanmoins les phthisiques y sont en nombre assez restreint alors que la plupart des enfants présentent les stigmates de la scrofule. Avec une mortalité peu élevée et un chiffre de naissances qui l'emporte tous les ans d'une façon notable sur celui des décès, on doit porter un pronostic favorable sur l'avenir du pays.

Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron, par M. Corneille-Saint-Marc, (Th. Paris),

L'eau de goudron, obtenue par distillation de 1 kilogramme de goudron, de 2 kilogrammes de sciure de bois de sapin et de 12 litres d'eau est un liquide parfaitement incolore, d'une odeur fortement empyreumatique, d'une saveur astringente. A la dose de 40 à 60 grammes par 24 heures elle arrête rapidement les hémoptysies des tuberculeux à la première et à la deuxième période, les épistaxis des chlorotiques et des hémophiliques, les métrorrhagies périodiques d'origine congestive.

Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combiné du chloroforme et de l'hypnone, par E. Bidot. (Thèse Paris).

L'emploi combiné de la morphine et du chloroforme, du chloral et du chloroforme, l'association du chloral à la morphine et leur mélange au chloroforme, l'association du protoxyde d'azote à l'éther et au chloroforme, l'association de l'alcool au chloroforme et à l'éther, l'injection d'une solution d'atropine et de morphine avant la chloroformisation, constituent tout autant de procédés mixtes d'anesthésie dont le principal avantage est de prolonger l'insensibilité du patient ou du moins de le rendre plus impressionnable à l'action du chloroforme. L'hypnone injectée par la voie sous-cutanée paraît, par son association au chloroforme, devoir agir d'une semblable façon et mériter de prendre place parmi les procédés ci-dessus judiqués.

Ch. Amat.

BULLETIN

Questions de pathologie générale. — Prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants.

La pathologie générale traverse une période de véritable transformation; la plupart des questions qu'elle embrasse sont l'objet de recherches nouvelles et remises à l'ordre du jour. Celle que M. Roussy a soulevée, dans sa communication à l'Académie de médecine, sur *la nature et le rôle physiologique et pathogénique des diastases ou ferments solubles*, présente un haut intérêt. Elle a sans doute déjà occupé nombre d'expérimentateurs; mais M. Roussy paraît l'avoir serrée de plus près que ses devanciers, et la découverte qu'il a faite de la pyrétogénine ouvre de nouveaux horizons. Nous attendrons, pour y revenir, le rapport de la commission chargée d'examiner le travail de notre jeune et distingué confrère.

Le rôle direct ou immédiat des microbes, considérés comme parasites, dans la pathogénie des maladies, semble se restreindre au fur et à mesure qu'on creuse davantage la question. On connaît la part importante qui revient aux substances alcaloïdiques qu'ils produisent; on vient de voir celle qui appartient aux diastases; une part non moins considérable doit être faite au terrain. Il y aurait des cas, en effet, d'après une communication de M. Herzen à la *Société de biologie*, où le microbe serait plutôt la conséquence que l'agent initial du processus observé. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans la fermentation acétique. C'est ce qui se produirait aussi dans la putréfaction du tissu musculaire dans laquelle on observe deux phases : la première, qui prépare l'autre, est une modification d'ordre purement chimique; la seconde seule est l'œuvre des microbes. En pathologie expérimentale, le lapin se montre réfractaire à l'infection charbonneuse; si une substance chimique vient altérer son tissu musculaire, ce qui arrive, par exemple, par une hyperproduction d'acide sarcolactique sous l'influence du surmenage, l'immunité cesse. Les recherches de même ordre se multiplient. Ici, c'est M. Arloing qui étudie les microbes saprogènes sur un organe frappé de nécrobiose commençante; là ce sont MM. Charrin et Ruffer qui constatent l'influence des lésions du système nerveux sur la rapidité et l'intensité des infections locales, en attendant de rechercher l'action des lésions d'autres appareils ou d'autres organes. Dans tous ces cas, un rôle très important, parfois même prépondérant, revient au terrain.

C'est encore une question de pathologie générale qu'a soulevée M. Verneuil avec l'origine *équinine ou équino-tellurique* du tétanos. Celles qui précèdent nous semblent pouvoir aider à la solution de cette dernière. Quand un cas de rage se développe chez l'homme, il faut chercher le chien. De même, suivant M. Verneuil, quand un blessé est pris de tétanos, il faut chercher le cheval. Nous nous permettrons de faire observer à notre savant confrère que, dans le premier cas, on arrive toujours ou presque toujours à trouver le chien enragé, tandis que, le plus souvent, le cheval tétanigène nous échappe. Et dès lors on est réduit à accumuler hypothèses sur hypothèses, ou plutôt à commettre une véritable pétition de principe en admettant, dans une foule de cas, la préexistence du germe tétanique, qu'il faudrait justement démontrer. Le tétanos se déclare chez un homme blessé par un coup de pied de cheval : le germe tétanique était attaché au sabot du solipède. Un autre se blesse à la tête en tombant sur une route et est atteint de tétanos : le crottin de cheval dont la route est parsemée recélait le germe infectieux. Des femmes opé-

rées d'ovariotomie dans une salle de chirurgie, sont prises de tétanos : le germe, toujours d'origine équine, est entré par la fenêtre, venant d'un peu de fumier dont on avait quelques jours auparavant recouvert les plates-bandes du jardin. Une bonne ou cuisinière, à la suite d'une blessure, présente des accidents tétaniques : le germe infectieux est venu d'une écurie où un cheval a succombé au tétanos plus de deux ans auparavant, et devant la porte de laquelle la cuisinière est obligée de passer plusieurs fois par jour. Inutile de rappeler tous les faits plus ou moins semblables. Dans tous ou presque tous, une simple induction tient lieu de démonstration.

Or, hypothèse pour hypothèse, en présence de la variabilité de la virulence des microbes suivant les conditions de milieu ou de terrain, et des variations non moins grandes de l'immunité ou de la réceptivité des individus à l'égard de ces mêmes microbes, ne pourrait-on pas assimiler plutôt le microbe du tétanos, si microbe il y a, à certains microbes accidentellement pathogènes, au pneumocoque de Friedlander, par exemple, que nous portons impunément dans la salive, et qui, sous certaines influences, peut envahir le poumon et développer une pneumonie infectieuse pouvant devenir elle-même transmissible? Nous posons simplement la question, ne voulant pas aborder aujourd'hui la discussion de l'origine du tétanos.

— La prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants a fixé tout naturellement l'attention de la *Société médicale des hôpitaux*. C'est une chose trop importante pour que nous n'y revenions pas. Nous avons déjà fait connaître les bons résultats obtenus à l'hospice des Enfants-Assistés par l'installation de pavillons d'isolement, et ceux meilleurs encore que M. Grancher attend du système d'antisepsie médicale qu'il a organisé dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades : cette double mesure, pavillons ou salles d'isolement et antisepsie est-elle suffisante? Les faits répondent négativement.

En ce qui concerne les salles d'isolement, la démonstration en a été faite par la statistique de M. Grancher. Toutefois l'insuffisance des salles ou pavillons d'isolement ne tiendrait pas autant qu'on pourrait le croire à la contagion médiate qui rayonnerait de ces salles comme d'une sorte de foyer condensé d'infection; elle serait due principalement, ainsi que l'a montré M. Cadet de Gassicourt, à l'importation, dans les salles communes, de malades venus du dehors, et atteints de maladies infectieuses non reconnues. Pour remédier à cette cause de propagation des maladies, M. Cadet de Gassicourt propose l'installation de pavillons ou de chambres pour les cas suspects ou simplement douteux. Une fois la maladie déclarée, le petit malade serait transporté dans la salle ou dans le pavillon réservé à son genre d'affection.

Ce n'est pas tout, M. Ollivier a fait ressortir les graves inconvénients de la promiscuité de tous les petits malades qui règne à la consultation externe de l'hôpital. Il y aurait lieu, sous ce rapport, ainsi que le propose M. Comby, d'avoir des salles d'attente distinctes, sur lesquelles un interne dirigerait les petits malades après un examen et un diagnostic préalables.

L'opinion de M. Grancher, qui semble en ce moment prédominer, est que, même pour la rougeole, la transmission se fait par l'intermédiaire des objets souillés, et que l'air atmosphérique n'est que rarement, exceptionnellement, le véhicule des germes contagieux. Il le devient indirectement lorsque les produits des sécrétions des malades, desséchés à la surface du linge ou sur l'épiderme de la face et des mains, permettent aux germes infectieux de l'envahir et de se répandre avec les poussières.

M. Bouchut attache plus d'importance à la transmission à distance des maladies par l'air atmosphérique, même pour ce qui concerne la diphthérie, et cette manière de voir l'avait porté à créer dans ses salles une véritable atmosphère antiseptique au moyen de fumigations appropriées. Dans les salles de diphthérie, notre confrère employait un mélange de goudron, de thymol, d'acide phénique et de camphre. Pendant dix-huit mois il n'eut à relever aucun cas intérieur. Il voulut substituer l'éther nitreux au mélange précédent; dix cas intérieurs survinrent en trois mois. Retour aux premières fumigations : pas un seul nouveau cas intérieur jusqu'à la fin de l'année. On a eu ici la preuve et la contre-épreuve des bons effets de ces fumigations.

En résumé, comme on ne saurait s'entourer de trop de précautions, la prophylaxie des maladies transmissibles dans les hôpitaux d'enfants doit comprendre les mesures suivantes: pavillons ou salles d'isolement; salles et chambres spéciales destinées aux cas douteux; salles d'attentes multiples ayant la même destination pour les consultations externes; antisepsie rigoureuse et désinfection de tous les objets pouvant être contaminés; entretien d'une atmosphère antiseptique au moyen des fumigations de M. Bouchut.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Legs du professeur L. Perroud. — Par un testament olographe en date du 25 novembre 1888, M. le professeur L. Perroud a fait les legs suivants :

1° A l'*Association des médecins du Rhône*, la somme de cinq mille francs;

2° A l'*Œuvre du Dispensaire générale*, mille francs;

3° A la *Société nationale de médecine de Lyon*, mille francs;

4° A la *Société des Sciences médicales*, mille francs;

5° A la *Faculté de médecine de Lyon*, mille francs, comme amorce à la création de ce patrimoine propre dont de récents décrets lui donnent la gestion;

6° A la *Faculté de médecine* et à la *Faculté des Sciences de Lyon*, son herbier, que ces deux Facultés se partageront comme elles l'entendront, ou comme le déciderait au besoin le Conseil général des Facultés;

7° Aux *Hopices civils de Lyon*, sa bibliothèque médico-chirurgicale pour être réunie à celle de l'internat et répartie entre les bibliothèques des différents hôpitaux, comme les internes le jugeront le plus convenable.

— Hommage a la mémoire de Teissier, de Lyon. — Les amis, les collègues et confrères, ainsi que les élèves du regretté professeur B. Teissier, ont résolu de perpétuer son souvenir exemplaire par un buste qui serait placé dans la salle du cours de Clinique médicale. Ils ont ouvert une souscription à cet effet. Et, pour que, à côté du monument matériel qui reproduira les traits du maître, un monument moral exprime ce qui fut l'un des principaux mobiles de sa carrière, ils ont décidé que, dans le cas où la souscription donnerait un excédent de fonds, cet excédent sera consacré à venir en aide aux élèves en médecine de Lyon, dont les ressources seraient insuffisantes pour compléter leurs études.

Les souscriptions sont reçues au bureau du *Lyon Médical*, 48, rue de la République, ou chez M. Ed. Aynard, banquier, 19, rue de la République.

— FACULTÉ CATHOLIQUE DE MÉDECINE A LYON. — Le centre universitaire de Lyon paraît devoir prochainement s'enrichir d'une Faculté catholique de médecine. Les listes des souscriptions se couvrent et ont atteint un chiffre (près de 800,000 fr.), qui va permettre l'installation du premier hôpital de la nouvelle Faculté.

— ÉPIDÉMIES. — La fièvre jaune a pris un caractère épidémique et sévit cette année à Rio-Janeiro avec une intensité inusitée. Les États de l'Amérique du Sud ont frappé de quarantaine les provenances de Rio-Janeiro.

— La fièvre jaune sévit aussi dans les villes maritimes et le long des côtes du Pérou. Toutes les précautions possibles sont prises pour empêcher l'épidémie de se propager jusqu'à Lima et l'on affirme que, jusqu'à présent du moins, l'état sanitaire de cette capitale est aussi satisfaisant que possible.

— Les passagers de l'équipage du paquebot *Orénoque*, des Messageries maritimes, venant de la Plata et du Brésil, ont été soumis à une quarantaine de deux jours au lazaret de Trompeloup. La quarantaine a été ordonnée parce qu'un passager était mort de la fièvre jaune pendant la traversée. Toute la literie du paquebot, ainsi que les hardes et vêtements ont été désinfectés au moyen des étuves à vapeur sous pression (système Geneste et Herscher) dont le lazaret est pourvu.

CONGRÈS. — La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, du 7 au 13 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

(Adresser toutes les communications à M le Dr S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris).

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Charles Martins, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le *Médical Record* annonce la mort à Washington du Dr Werland Bliss, un des praticiens les plus distingués des États-Unis, Bliss a été du nombre des médecins qui avaient été appelés à donner leurs soins à feu le président Garfield après sa blessure, en 1881.

—Le 26 février, est mort à Filottrans, à l'âge de 76 ans, le Dr Dazio Olivi, qui avait été longtemps rédacteur apprécié du *Raccoglitore médico*.

***

Faculté de médecine de Paris. —M. Meurisse, licencié ès sciences naturelles, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bergé, démissionnaire.

— *Cours de pharmacologie.* — M. le professeur Regnauld commencera le cours, le samedi 23 mars, à midi, petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — Le premier cours des travaux pratiques de médecine opératoire commencera le lundi 18 mars. M. le Dr Boiffin prosecteur, fera sa première démonstration, à une heure précise, dans le pavillon 3 de l'École pratique.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le cours le lundi 25 mars 1889, à 4 heures (grand amphithéâtre) et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Damaschino commencera le cours le mardi 26 mars 1889, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

École pratiq e. — Manœuvres obstétricales. M. le Dr Maygrier, agrégé, fera la leçon d'introduction à ces manœuvres, le lundi 18 mars, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef du matériel de l'École pratique, du 11 mars au 16 mars, de midi à quatre heures.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Lambling, agrégé est nommé professeur de chimie organique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Lortet, professeur d'histoire naturelle, est maintenu pour trois ans en qualité de doyen.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les professeur, les chargés de cours et agrégés en exercice sont convoqués, le 16 mars 1889, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Bertin-Sans, démissionnaire.

Faculté de médecine de Nancy — La chaire d'histoire naturelle est déclarée vacante.

M. Zilgien, ancien aide d'anatomie, est nommé pour six ans, chef d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

École de médecine d'Amiens. — M. Kayser est nommé chef de clinique obstétricale et de gynécologie.

***

Hôpitaux de Paris. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 25 de ce mois pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, sont : MM. les Drs Barette, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hallé, Hartmann, Julien, Lejars, Ménard, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Remy, Richard, Rochard, Verchère et Walter.

Le jury se compose provisoirement de MM. Blum, Desormeaux, Kirmisson, Marchand, Panas, Péan et Jaccoud.

Hôpital de Saint-Denis (Seine). — Un concours pour deux places d'interne en médecine aura lieu à l'hôpital, le mercredi 20 mars à huit heures et demie du matin. Les candidats doivent avoir seize inscriptions.

***

École du service de santé de Lyon. — Cette école a été ouverte le 9 mars. Elle a reçu les élèves nommés en 1887 qui en ont fait la demande, et ceux nommé le 14 octobre 1888. Un concours s'ouvrira le 8 août 1889, pour l'admission à cette école. S'adresser à la direction à Lyon pour les conditions d'admission, ou dans les bureaux du Ministère de la guerre à Paris.

***

Cours à l'institut Pasteur. — M. Duclaux, commencera le mardi 19 mars à 2 heures et demie à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, le cours officiel de chimie biologique qu'il faisait les années précédentes à la Sorbonne.

Les personnes qui désirent suivre ce cours peuvent se procurer des cartes au secrétariat de la Faculté des sciences à la Sorbonne.

— M. Roux commencera le vendredi 15 mars un cours pratique de micro-biologie.

Les personnes qui désirent suivre ce cours, doivent se faire inscrire à l'économat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En s'inscrivant les élèves recevront une notice donnant les indications nécessaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Monnier. Hernie du diaphragme d'origine congénitale.

M. Simon. La langue névropathique.

M. Dauthuillé. Etude sur le sulfonal.

M. Dupont. Des naphtols et plus particulièrement du naphtol A dans le traitement de quelques affections oculaires.

M. Piot. De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts.

M. Moussoir. Le mal de mer et le sens de l'espace.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par Antonio Espina y Capo, medico del Hospital general de Madrid. Une brochure in-8 de 40 pages. Prix : 1 fr. 50.—Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

La Génération étudiée sur les végétaux, les oiseaux et les animaux pour la connaître chez la femme, par le Dr Rézard de Wouves chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. in-12 de 150 pages Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Traité pratique de la syphilis, par le Dr Langlebert, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société clinique. Un vol in-12 de 610 p., cartonné diamant, tranche rouge. Prix : 7 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Etude clinique et traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme, par M. Paul Daurios. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1889.

Traité des maladies du testicule et de ses annexes, par MM. Ch. Monod et O. Terrillon, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, chirurgiens des hôpitaux. Paris, G. Masson, éditeurs, 1889.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 9 MARS 1889.

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 3. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses, 45. — Autres, 5. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 60 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 15.— Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë, 38. — Bronchite chronique, 60. — Broncho-pneumonie, 30. — Pneumonie, 71. — Gastro-entérite des enfants Sein. 19 — Biberon, 34. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonites puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 36. — Suicides, 15.— Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort, 181.—Causes inconnues. 15. —Total : 1111.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

60e ANNÉE. 7e SÉRIE. TOME VI. — N° 12 — 23 MARS 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

DE LA SYRINGOMYÉLIE.

I

Les parties centrales de la moelle qui avoisinent le canal de l'épendyme et ce canal lui-même peuvent être le siège de lésions à évolution lente et se traduisant cliniquement par des symptômes très particuliers. Ces lésions sont souvent très différentes les unes des autres et paraissent être la conséquence de processus pathologiques qui ne sont pas comparables entre eux. Il s'agirait donc là, non pas d'une maladie unique, mais bien de plusieurs maladies caractérisées par des altérations anatomiques ayant un siège commun, mais des causes et une évolution distinctes. Tantôt, en effet, on trouve le centre de la moelle occupé par un canal épendymaire dilaté régulièrement ou en ampoules successives ; tantôt ce sont les parties voisines de ce canal qui présentent des lacunes indépendantes de lui et creusées dans le tissu nerveux ; tantôt il existe une véritable myélite centrale avec prolifération conjonctive et formation de lacunes ; d'autres fois enfin, tout élément inflammatoire manque et c'est une masse gliomateuse qui occupe la région épendymaire. Ou, si l'on aime mieux, on peut observer soit une dilatation hydropique du canal central, *hydromyélie*, soit des *formations lacunaires* d'origine inflammatoire ou d'origine gliomateuse, soit de la *sclérose péri-épendymaire*. On a voulu réunir toutes ces affections sous le nom de syringomyélie, sans faire de distinctions pathogéniques. Il paraît évident, maintenant que les cas de ce genre sont mieux connus, qu'il y a nécessité à dissocier ce groupe artificiel, du moins au point de vue anatomique.

C'est M. Simon qui a créé le terme de syringomyélie. Il comprenait sous cette appellation tous les cas de lacunes dans la moelle qui n'appartenaient pas à l'hydromyélie (dilatation simple du canal central), et qui étaient consécutifs à une myélite centrale ou plutôt à un gliome. C'est même au genre gliome qu'il rapporte le tissu pathologique qui envahit alors la moelle.

Au contraire Leyden cherche à démontrer qu'il n'y a aucune différence capitale entre l'hydromyélie et la syringomyélie, et et que l'une et l'autre reconnaissent pour cause un défaut de l'involution embryogénique du canal central dont une partie s'isole et s'arrête dans son développement. Leyden cite même, à l'appui de sa manière de voir, des cas d'hydromyélie congénitale qui évoluèrent absolument comme des cas de syringomyélie. Mais son opinion n'a pas prévalu, et tous les auteurs qui ont écrit depuis sont d'accord pour reconnaître les deux processus distincts.

Mais si ces lésions centrales de la moelle ont des causes différentes et une marche variable, elles donnent naissance à des symptômes qui sont presque toujours les mêmes, quelle que soit la nature de la lésion. Il est évident par conséquent que

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. Index. Catalogue of the Library of the Surgeon-general's Office. United States Army. Vol IX. Medicine-Nywelt. In-4° 1054 p. Washington, 1888. — II. Société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, fondée au Mans, en 1884. Pet. in-8, 39 p. Lille, 1887, impr. Danel. — III. Notes sur la commanderie des Antonins à Aubenas, en Vivarais, par A. Mazon. In-8, p. 53. Valence, 1888, impr. Céas. — IV. Notice historique sur la vie et les œuvres du chirurgien Alexis Boyer d'Uzerche, par le Dr J. Comby. In-8. 17 p. (sans lieu ni date). — V. Histoire de la Faculté de médecine de Bordeaux et de l'enseignement médical dans cette ville (1441-1888) par le Dr G. Péry, Bibliothécaire de la Faculté. In-8, XV, 439 p. Paris, O. Doin; Bordeaux, H. Duthn, 1889. — VI. Notice historique sur l'hôpital de Pouancé, par Jules Elain-Lacroix, ancien juge de paix. In-8. 49 p. Angers, Germain et G. Grassin, 1888. — VII. Les thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Reims, par le Dr Octave Guelliot. In-8° 175 p. 1889, F. Michaud.

I. Nous venons de recevoir le volume IX du catalogue de la riche bibliothèque médicale de Washington. Il ne contient pas moins de 13,151 noms d'auteurs avec l'indication de 6,834 volumes et de 12,818 brochures, et, rangés par matières, 9,999 titres de livres et 29,120 articles de journaux. En ouvrant le volume au hasard, je trouve à l'article *Mineurs* (Maladies et hygiène des) l'indication de plus de 140 ouvrages et notes. L'influence de la lune sur l'organisme et les maladies comporte 40 ouvrages; les muscles, pour la physiologie seulement, ont exigé près de 10 colonnes de texte, soit plus de 500 mémoires indiqués! Je l'ai déjà dit, je le répète, ce catalogue est un monument; il nous rend chaque jour des services, il en rendra longtemps après nous; c'est un travail qui fait grand honneur à notre savant collègue de Washington, M. le Dr Billings.

II. L'on sait que les saints Côme et Damien étaient médecins, qu'ils vivaient au IIIe siècle de l'ère chrétienne et qu'ils ont été pendant longtemps les patrons des chirurgiens, les médecins ayant choisi Saint-Luc, qui vivait au Ier siècle, et qui fut le disciple bien-aimé de saint Paul. L'association dont je viens de lire le compte rendu s'est placée sous le patronage de ces trois noms. « L'idée religieuse est l'objet intérieur, l'âme de notre société... et

la région centrale de la moelle réagit à peu près de la même manière toutes les fois qu'elle est touchée, que ce soit une sclérose ou un tissu névroglique qui l'envahisse. C'est une question de topographie et pas autre chose. On peut, à quelques différences près, établir une symptomatologie unique pour toutes les affections centrales de la moelle, ce qui revient à dire que si leur diagnostic différentiel est possible anatomiquement, il ne l'est pas encore en clinique.

Dans quelques cas, tel que celui que donne Mlle Bäumler dans sa thèse (obs. I), la syringomyélie évolue sans symptômes. La découverte de la maladie est alors un pur hasard d'autopsie. Ces cas sont rares et paraissent plutôt se rapporter à l'hydromyélie congénitale. Le plus souvent, les symptômes sont très nets et suffisamment graves pour attirer de bonne heure l'attention du malade; ils consistent surtout en une atrophie musculaire qui débute par les petits muscles des mains pour s'étendre ensuite plus haut, et en des troubles sensitifs spéciaux intéressant la sensibilité thermique et douloureuse. C'est ce qui explique que pendant longtemps la syringomyélie fut confondue avec l'atrophie musculaire progressive et que les premiers cas qui furent diagnostiqués furent décrits sous le nom d'atrophie musculaire progressive s'accompagnant de troubles sensitifs.

Les observations de syringomyélie sont nombreuses aujourd'hui, au point que Mlle Bäumler a pu en réunir 112. Nous ne serions donc pas embarrassé pour en citer plusieurs comme exemple, mais nous nous contenterons de donner le résumé de celle que M. Déjerine vient de communiquer récemment à la Société médicale des hôpitaux, car elle a le mérite d'être plus complètement démonstrative que beaucoup de celles qui ont été publiées avant elle.

Observation. — G... Frédéric, 64 ans. Ce malade n'est pas entaché d'hérédité nerveuse, et on ne retrouve aucune trace d'atrophie musculaire progressive dans les ascendants et collatéraux. Il eut la rougeole vers l'âge de huit ans. Pas de maladies vénériennes. En 1848, il eut à l'âge de 24 ans des douleurs violentes dans la tête pendant plus d'une année. En 1849, début de l'affection par de la faiblesse des bras; dès 1852, il ne peut plus travailler. A partir de cette époque son état reste stationnaire ou, en tout cas, ne progresse guère pendant vingt ans. Depuis 44 ans qu'il est entré à Bicêtre, l'affection a un peu progressé, surtout à partir de l'âge de 50 ans, car il cessa alors de se servir facilement de ses doigts et de ses mains.

Etat actuel. — Janvier 1888. Homme de petite taille, très voûté; la colonne cervicale et dorsale supérieure est fortement incurvée en avant, la tête est enfoncée entre les épaules qui font saillie en avant. Les creux sus-claviculaires sont très profonds surtout à gauche. A la région postérieure du tronc, outre la courbure exagérée et générale de la colonne cervico-dorsale, il existe une saillie très prononcée des dernières vertèbres cervicales, sans gibbosité toutefois. Scoliose de la colonne dorsale, à convexité latérale droite.

Atrophie musculaire. — Elle est en partie masquée par une adipose sous-cutanée assez notable. Les deltoïdes et les sus et sous-épineux sont diminués de volume surtout à gauche. Les grands pectoraux très atrophiés sont recouverts par de l'adipose. Le biceps et le triceps droits sont fortement atrophiés. A l'avant-bras droit, le long supinateur, les radiaux et les fléchisseurs sont très réduits; les extenseurs sont relativement conservés. La main n'est pas déformée; le court abducteur est très diminué, les interosseux et l'éminence hypothénar ne paraissent pas atrophiés. L'abduction et l'élévation du bras sont très faibles. L'extension et la flexion de l'avant-bras se font d'une façon limitée; la flexion des doigts sur la paume de la main est impossible. Les mouvements des interosseux sont en partie conservés.

Au membre supérieur gauche, l'abduction, l'élévation et la rotation s'exécutent faiblement comme à droite; l'adduction au contraire se fait très bien. Les muscles sont en général moins atrophiés qu'à droite, sauf les fléchisseurs des doigts qui le sont à un haut degré.

Les phalanges des doigts sont un peu augmentées de volume. L'articulation phalango-phalanginienne de l'index gauche présente une augmentation de volume des surfaces articulaires avec possibilité d'hyperextension comme s'il y avait altération de la surface articulaire.

Contractions fibrillaires très nettes, dès que le malade est exposé à l'air, dans le deltoïde, le triceps et le biceps des deux côtés. Conservation du sens musculaire et de la notion de position des membres. Pas de réflexe olécranien, pas de signe de Romberg.

La face ne présente rien de particulier.

Les membres inférieurs ne sont ni atrophiés ni contracturés. Le malade marche facilement comme à l'état normal. Réflexe patellaire très exagéré; à droite, tendance à la production du phénomène du pied. Pas de contractions fibrillaires dans les muscles des jambes. Réflexes plantaires normaux.

Sensibilité. — Tout au début de son affection en 1848, le malade avait remarqué que sa sensibilité était troublée. A cette époque, il était garde national mobile, et il lui arriva souvent en portant

---

« l'apologétique qui est en ce moment le devoir de tous les chré« tiens, s'est montré plus particulièrement à nous, comme devant « être le véritable objet extérieur et le but avoué de notre Société ». Ainsi s'exprimait à l'assemblée générale de 1887, le secrétaire général de l'Association, M. le Dr Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris. La Société, imitant les anciens fondateurs de la Faculté et du collège de saint Côme, se rend tous les ans à une messe solennelle, à la chapelle de Saint-Luc, Saint-Come et Saint-Damien, érigée à Montmartre grâce à une souscription recueillie par ses soins; elle compte 300 membres du corps médical et son président honoraire est un ancien médecin distingué des hôpitaux, l'honorable M. Moissenet. Elle discute sur les devoirs professionnels, le secret médical, le baptême intra-utérin, la crémation au point de vue chrétien, etc. Elle compte cinq ans d'existence et a des comités en province, et quoi qu'on dise son laborieux secrétaire général, il y a là une tentative archaïque que l'historiographe doit enregistrer, comme un document intéressant.

III. Je ne sais quelle justice me rendra la postérité, mais je tiens surtout à celle de mes contemporains, et j'espère qu'ils ne sauraient me refuser que j'ai rendu déjà quelques services à l'auteur futur d'une histoire complète encore inédite des sciences médicales.

L'Ordre hospitalier des frères de saint Antoine ou des Antonins fut fondé au moyen âge pour soigner les malades atteints du *feu sacré, feu de saint Antoine, mal des ardents*. Le travail de M. A. Mazon nous donne les détails les plus intéressants sur l'organisation de l'Ordre, ses actes, les soins donnés aux malades, etc. La commanderie d'Aubenas dirigeait les trois hôpitaux de la localité. Aux termes des statuts de l'Ordre, les commandeurs étaient priés de ne pas faire attendre leurs denrées et leurs tributs pécuniaires de chaque année pour les hôpitaux, sous peine d'avoir à les solder en double, quand ils seraient en retard d'un mois, et sous la peine plus grave d'excommunication *ipso facto*, en cas de retard de deux mois. Le mémoire de M. Mazon, sans être spécial à la médecine, nous donne des renseignements précieux sur un des côtés peu connus de l'assistance hospitalière dans notre pays.

IV. La notice de notre confrère M. Comby, sur la vie et les œuvres du baron Boyer, est écrite sans autre prétention que celle

des gamelles de bouillon très chaudes, d'avoir des phlyctènes de brûlure dans les mains, sans s'en rendre compte. Il présente aujourd'hui les mêmes troubles de la sensibilité qu'à cette époque, et il assure qu'ils n'ont augmenté que d'une façon fort minime.

Sensibilité tactile absolument normale au tronc, à la face, aux membres supérieurs.

Sensibilité à la douleur altérée au niveau des mains, avant-bras, bras, épaules, partie supérieure du tronc en avant et en arrière, jusqu'à une ligne circulaire passant au dessous des mamelons. Dans toute cette étendue, la sensibilité à la douleur est très altérée : une piqûre d'épingle n'est pas perçue en tant que douleur, il semble au malade qu'on le touche ; tout au plus, parfois, peut-il dire qu'on le pique. On peut traverser la peau dans la région correspondante sans que le malade accuse de douleur.

A la face la sensibilité tactile est normale, mais il existe de l'analgésie de toute la moitié droite de la tête. Lorsqu'on promène une pointe d'aiguille de droite à gauche, le malade accuse une sensation de douleur dès que l'on approche de la ligne médiane. Pas de retard dans la transmission.

Sensibilité thermique très altérée. En touchant avec un flacon rempli de glace différentes parties du corps, on observe les particularités suivantes : sur toute la peau de la face, de la nuque, du cou, des membres supérieurs, épaules, bras, avant-bras, mains, c'est à peine si le malade accuse une sensation de froid. Par contre, les membres inférieurs, tout l'abdomen et toute la partie du tronc située au-dessus d'une ligne circulaire passant par les mamelons sont sensibles au froid comme à l'état normal.

Les troubles de la sensibilité à la chaleur sont très prononcés dans ces mêmes régions. Le malade ne fait pas la différence de la température entre 30° et 50°, tout lui paraît également froid. Dans la moitié gauche de la face seulement, la sensibilité à la chaleur est conservée et une différence de température (35° à 44°) est nettement perçue.

En employant une eau à 85° et en appliquant la bouteille à l'extrémité des doigts, le malade accuse, au bout de quelques secondes, une sensation de chaleur assez vive. Mais sur tout le reste de l'étendue de la surface cutanée précédemment mentionnée, l'eau à 85° maintenue sur la peau, aussi longtemps que l'on veut, ne produit aucune sensation de chaleur.

Le malade ne présente pas de troubles trophiques cutanés, à part un état lisse de la peau des doigts. Les ongles sont intacts, mais les doigts présentent un peu l'aspect en massue. Les bras et les avant-bras se cyanosent peu au contact de l'air. En injectant sous la peau du bras droit deux centigrammes de pilocarpine, la sueur ne se produit qu'au bout de douze minutes, et elle est beaucoup plus abondante dans les points correspondant aux zones d'analgésie et de thermo-anesthésie, que sur les autres points du corps.

Il existe une perte complète de la contractilité faradique et galvanique des muscles de la main et des fléchisseurs des doigts, du sous-épineux et du grand pectoral, avec réaction de dégénérescence dans les muscles trapèze et deltoïde droits. La sensibilité électrique est très diminuée.

Bien que cette observation n'ait pas pour elle la consécration de l'autopsie, on peut affirmer, avec M. Déjerine, qu'il s'agit bien là d'un cas de syringomyélie. Les cas de ce genre sont déjà relativement nombreux et, leur diagnostic peut se faire sans trop de difficulté. Celui-ci ressemble à peu de choses près à la plupart de ceux qu'ont publiés Roth, Leyden, Bäumler, etc. Les grandes lignes principales, celles qui permettent d'affirmer le diagnostic, à savoir l'atrophie musculaire et les troubles de la sensibilité, s'y retrouvent et, par leurs caractères spéciaux, ne permettent pas d'avoir un instant d'hésitation. Il est certain que la moelle de ce malade présente des lésions dans sa partie centrale et vraisemblablement ce sont celles de la syringomyélie avec prolifération de la névroglie et lacunes au voisinage du canal de l'épendyme. Voici du reste quelle est la symptomatologie de cette affection, telle qu'on peut l'établir à l'aide des observations antérieures suivies d'autopsie.

(*A suivre.*) Georges Lemoine.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens, par P. Thiéry, interne à l'hôpital Necker.

On peut être surpris, lorsque l'on consulte les classiques, du nombre de symptômes relativement restreint qu'ils accordent aux fractures des métatarsiens et, bien que peu fréquente, cette affection a droit, ce nous semble, à une description plus complète.

Si nous ouvrons les dictionnaires, si nous lisons les paragraphes consacrés à cette lésion par Duplay et Follin, par Poulet et Bousquet, par les quatre agrégés, par M. Blum lui-même dans son livre sur les affections du pied, nous consta-

d'offrir un bon exemple. Il s'agit d'un discours lu devant une Société de province. Boyer était Corrézien; son père, petit tailleur, sa mère, petite mercière, ne s'opposèrent pas à ce qu'un parent, honnête conducteur de bœufs, conduisît l'enfant à Paris, à la suite de son troupeau, et celui-ci conquit tous ses grades de garçon barbier, premier chirurgien de l'empereur et membre de l'Institut grâce à un travail opiniâtre, à une volonté énergique et à une intelligence exceptionnelle. Dans mon jeune temps, le *Traité des maladies chirurgicales* était encore classique, bien que la dernière édition (1853) eût été publiée vingt ans après la mort de l'auteur.

V. L'ouvrage de notre collègue M. le Dr G. Péry est un de ceux qui viennent combler une des lacunes que j'ai tant de fois signalées. L'histoire de la médecine à Bordeaux est faite dans ses grandes lignes, avec l'indication des sources à consulter, sous forme d'un répertoire de documents authentiques classés par ordre chronologique depuis l'année 1441 jusqu'à nos jours. Nous ne connaissions jusqu'alors qu'un très petit nombre de mémoires peu compacts sur l'histoire de la médecine de Bordeaux : par exemple, le plan d'un ouvrage de Caillau, pour la période du ɪᴠᵉ siècle, jusqu'en 1800, plan publié en 1804; quelques mémoires de Dubreutilh, de Bancal, de Manès sur les hôpitaux, un autre de M. Sous sur les premiers temps de la médecine. M. Péry bien placé, par ses fonctions, pour connaître les documents d'une histoire complète, les a dépouillés avec intelligence et j'ose dire avec grand plaisir, et son ouvrage est bien composé.

Comme quelques-unes de nos grandes villes, Bordeaux a connu plusieurs corporations médicales, séparées au début, réunies quelquefois, rivales souvent, en guerre presque toujours. Ce sont jusqu'en 1793, le Collège des médecins, l'ancienne Faculté de médecine de l'université, la Communauté des chirurgiens.

(*A suivre*). Dr A. Dureau.

tons une brièveté de description, une pénurie de symptômes vraiment remarquable et qui peut se résumer dans les signes douleur, mobilité anormale, déplacement des fragments, crépitation, tous signes excellents quoique d'une banalité évidente et qui ne peuvent avoir de valeur que lorsque la fracture est tangible et que les fragments sont accessibles à la palpation.

Chauvel, dans son article du Dictionnaire, cite un cas emprunté à son collègue Chatain où la fracture de trois métatarsiens (le 2e, le 3e et le 4e) ne donnait lieu, dit-il, à aucune autre symptomatologie.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans les services où nous avons été interne, à la Pitié chez notre cher maître le Dr Polaillon et chez le professeur Le Fort à Necker, un nombre relativement considérable de contusions de la face dorsale du pied. Lorsque le gonflement était faible ou moyen il était facile de faire le diagnostic entre les deux alternatives qui se présensaient : contusion, fracture. Mais il n'en était pas toujours ainsi.

Souvent sur un sujet gras, chez les femmes obèses principalement, nous nous sommes trouvé fort embarrassé pour affirmer un diagnostic, car, de tous les signes de fracture, beaucoup, gonflement, douleur, quelquefois déformation sont communs à la fracture et à la contusion, et les autres, mobilité anormale, déplacement, crépitation n'étaient point faciles à obtenir le squelette du pied étant naturellement profoud chez ces sujets obèses, difficulté d'ailleurs encore accrue momentanément par le gonflement parfois considérable du segment.

D'ailleurs, il faut bien le dire, la crépitation, la mobilité anormale, ne sont point si fréquentes et nombre d'auteurs avouent qu'il faut parfois suspendre son diagnostic jusqu'à la résolution du gonflement.

Le déplacement lui-même, regardé comme un bon signe, n'est pas habituel, les métatarsiens formant un *gril inter-osseux* serré et bridé par les muscles et les aponévroses profondes.

Nous voyons donc que, de tous les signes donnés comme caractéristiques, aucun (sauf la douleur peut-être) n'est constant. A plus forte raison sera-t-il difficile ou impossible, dans bien des cas, de préciser le lieu de la fracture et l'os intéressé. La chose en soi aurait peu d'inconvénients, le traitement ne variant pas sensiblement suivant que l'un ou l'autre métatarsien est fracturé ou suivant que les fractures sont multiples.

Mais il n'en est pas tout à fait de même de l'erreur qui consisterait à méconnaître une fracture d'un métatarsien et à la qualifier de contusion simple du pied. Outre la question scientifique et spéculative il y a là un véritable intérêt pratique au double point de vue de la chirurgie d'armée où un impotent pourrait être soumis au service actif, et de la médecine civile où l'erreur pourrait amener ces difformités si rebelles et si douloureuses mentionnées par les auteurs et résultant du déplacement des fragments à la suite d'une fracture méconnue ; on sait la fâcheuse influence qu'exercent ces consolidations vicieuses sur la marche et sur le port des chaussures.

Pendant notre année d'internat chez notre excellent maître le professeur Le Fort, nous avons appris non seulement à étudier les ecchymoses des fractures, mais à leur attribuer une importance séméiologique capitale principalement en ce qui concerne le diagnostic des fractures du péroné et de l'entorse.

Or, imbu de ces principes, nous n'avons pu trop nous étonner de voir ce signe excellent faire constamment défaut dans la description des auteurs qui traitent des fractures du métatarsieu. On décrit longuement l'ecchymose de la fracture du péroné, celle des fractures du bassin, du crâne ou du col chirurgical de l'humérus, et on ne parle point des épanchements sanguins du pied à la suite des ruptures du gril inter-osseux.

Il était, ce nous semble, intéressant de faire cette recherche : l'ecchymose dans ces cas est-elle fréquente ? Quel est son siège, son aspect, d'où provient-elle ? Telles sont les questions que nous nous proposons de résoudre dans cette note. A la première question, l'ecchymose est-elle fréquente, il nous est difficile de répondre. Notre attention n'ayant point antérieurement été attirée sur ce point nous ne saurions donner de chiffres à cet égard, bien que nous ayons le souvenir bien net d'une ecchymose étendue observée dans un cas de fracture des métatarsiens observée dans le service de M. Polaillon en 1887 ; l'observation un peu superficielle que nous en avions gardée dans nos notes ne nous permet aucune affirmation. Mais il n'en est plus de même de deux cas que nous venons d'observer coup sur coup dans le service de M. Le Fort, l'un pendant qu'il était suppléé par M. Kirmisson, le second il y a peu de temps encore.

Nous résumons ici ces deux observations.

Observation I. — N... V., âgée de 28 ans environ, est entrée dans le service, salle Lenoir, n° 14, le 15 octobre 1888. Cette malade, à la suite de la chute d'un corps pesant sur l'avant-pied qui reposait à terre au moment du traumatisme, ne peut plus marcher lorsqu'elle prend son point d'appui sur les orteils ; la marche sur le talon est possible.

Les signes locaux sont des plus nets : gonflement léger, crépitation au niveau de l'union du tiers antérieur et du tiers moyen des 2e et 3e métatarsiens, douleur excessivement vive à ce niveau. Il y a évidemment fracture, mais le gonflement qui survient le surlendemain de l'entrée ne nous permet pas de retrouver la mobilité anormale et la crépitation très nettes la veille.

Mais, avec le gonflement qui masquait les symptômes, est apparu un nouveau signe qui peut encore conduire au diagnostic alors même que la malade n'eût pas été vue la veille et que la douleur fût moins localisée.

Une ecchymose violette apparaît sous forme de languettes venant longer le flanc des premières phalanges correspondant aux deux métatarsiens lésés ; vers l'orteil la teinte ecchymotique presque nulle se perd insensiblement. Quoique fortement gonflée la face dorsale du pied, évidemment infiltré, n'offre qu'une éraillure de l'épiderme sans ecchymose.

On attend quelques jours la disparation du gonflement sous l'application d'un bandage ouaté, puis on place une semelle plâtrée qui est maintenue jusqu'au 29 octobre, jour de la sortie ; la malade n'appuie pas encore sur le pied, la douleur étant encore vive, mais il n'y a plus de mobilité, pas de déplacement.

Il y avait là un fait intéressant dans l'apparition de cette ecchymose que nous regardons comme caractéristique et que nous avions eu soin de noter dans l'observation ; mais à ce moment nous n'osions lui attribuer toute l'importance séméiologique qu'elle comporte, et que l'observation suivante nous a montrée évidente.

Obs. II. — L... J., terrassier, âgé de 45 ans, était employé le 8 décembre 1888 à la démolition d'un mur, lorsqu'il laissa choir sur son pied droit une pince de fer pesant environ 12 kilogrammes. Au moment du traumatisme, et nous insistons sur ce point, le pied reposait sur le sol, et était recouvert d'une chaussure épaisse.

Aussitôt douleur vive qui nécessite l'interruption du travail et le malade rentre chez lui, *mais en appuyant seulement le talon* sur le sol.

Il applique des compresses d'eau salée et de vinaigre et étend immédiatement la jambe sur une chaise, le talon étant par suite le point déclive du pied.

Il entre à l'hôpital le 10 décembre avec des signes non douteux de fracture des métatarsiens, signes que nous mentionnerons sans y insister davantage : gonflement, douleur locale, crépitation, mobilité anormale, pas de déplacement, impossibilité de l'appui sur l'avant-pied.

Mais le signe qui attire notre attention c'est l'ecchymose et s

description est un peu complexe ; considérée dans son ensemble elle occupe tout le pied, mais avec des différences d'intensité et de coloration telles que nous devons la diviser en ecchymose du dos du pied, ecchymose des bords, ecchymose plantaire et ecchymose des orteils.

Au jour de l'entrée, l'ecchymose du dos du pied est jaune verdâtre; assez accusée, elle ne s'accompagne d'aucune plaie contuse puisque nous avons vu que le pied était recouvert d'un soulier de cuir épais. C'est donc, soit dit en passant, un cas de fracture des métatarsiens probablement indirecte par redressement de l'arc décrit par ces os sous l'influence d'un corps pesant, et nous n'aurions aucune répugnance à admettre ce mécanisme pour expliquer bien des fractures en apparence de cause directe.

Du côté du bord externe et du bord interne du pied, mais accusée surtout en dehors, ecchymose linéaire violacée qui, à distance, aurait pu faire songer à une fracture du péroné ; la palpation ne laisse aucun doute sur l'intégrité de l'os.

Puis ecchymose plantaire, assez accusée, plus accusée le lendemain de l'entrée, oblique et parallèle à la direction du tendon du long péronier latéral, mais située en avant de lui ; il semble presque la limiter en arrière ; cette ecchymose cesse un peu avant d'atteindre le bord interne et le bord externe du pied, elle est donc isolée des ecchymoses dorso-latérales.

Quant à l'ecchymose qui siège du côté des orteils, elle est tellement caractéristique qu'elle attire l'attention. Nous avons présenté à la Société anatomique un moulage sur lequel étaient reproduites cette ecchymose et celles que nous venons de décrire.

Elle siège sur les parties latérales de chaque orteil, empiétant plutôt sur la face dorsale que sur la face plantaire ; elle affecte la forme de deux languettes violacées, très foncées qui, issues de la commissure, tendent à prendre en écharpe le flanc de la phalange et à se rejoindre au niveau du tendon extenseur ou sur le dos de la phalange.

Chacun des orteils en est pourvu, sauf le flanc interne du gros orteil et le flanc interne du petit ; mais, très accusée au niveau des trois orteils médians, elle est peu distincte sur les deux orteils extrêmes.

Or, il faut noter un point intéressant, c'est que les fractures siègent au niveau de l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen des 2e et 3e métatarsiens, et presque à la partie moyenne du 4e. Le doute n'est pas possible et nous l'avons constaté à plusieurs reprises avec M. Gosselin, externe du service, qui a bien voulu suivre avec nous cette observation. M. Le Fort a confirmé notre diagnostic.

Non seulement le siège de cette ecchymose offrait un grand intérêt, mais sa marche n'était pas moins remarquable. Au dire du malade, en effet, elle était apparue après (près de 24 heures) l'ecchymose dorsale, et nous avons pu vérifier nous-même qu'elle augmentait encore d'étendue et d'intensité alors que l'ecchymose dorsale était en régression; de plus elle offrait la coloration franchement violette alors que l'ecchymose dorsale présentait la teinte jaune verdâtre. Le reste de l'observation n'a pas d'intérêt ; on appliqua une semelle plâtrée ; quelques jours plus tard la teinte ecchymotique du dos du pied avait disparu, puis bientôt celle des orteils et aujourd'hui, 24 décembre, jour attendu pour la publication de cette note, le malade part pour Vincennes.

En résumé, fracture de trois métatarsiens au niveau de leur tiers antérieur coïncidant avec une ecchymose plantaire, et surtout une ecchymose des orteils d'étendue et de direction spéciales, d'apparition relativement tardive; tels sont les points que nous relevons dans cette observation, et qui nous paraissent dignes d'être remarqués.

Dès maintenant nous sommes conduit à regarder cette ecchymose en languettes latérales par rapport aux orteils comme caractéristique des fractures des métatarsiens.

Quelle est son origine ? C'est là une question d'anatomie pure : si on réfléchit que le métatarsien est comme enclavé dans une gaine musculo-aponévrotique, que sa rupture même sans déplacement amènera un épanchement sanguin au niveau des muscles inter-osseux et que cet épanchement ne pourra se manifester au dehors qu'en suivant les gaînes des inter-osseux eux-mêmes, on expliquera facilement le siège, l'aspect et l'apparition tardive d'une ecchymose au niveau des orteils, *indépendante*, nous y insistons, *de toute contusion directe des phalanges*.

En d'autres termes il n'y a eu dans notre cas aucune contusion directe des phalanges pouvant expliquer l'apparition d'une ecchymose tardive, de siège, d'âge et de couleur différents de l'ecchymose dorsale du pied ; bien plus la position déclive donnée au talon par le malade le jour de l'accident est encore en faveur d'un épanchement sanguin profond, bridé par ces gaînes aponévrotiques des inter-osseux et qui est venu, suivant les tendons de ces muscles, apparaître sur les parties latérales des phalanges à la rencontre du tendon extenseur.

Nous avons donc là un signe non décrit des fractures de métatarsiens, signe qui nous paraît avoir une valeur séméiologique non douteuse, lorsque le gonflement du segment de membre ne permet pas de constater les signes classiques de même que certaines ecchymoses périnéales sont caractéristiques de fractures du bassin.

Dans nos deux observations ce signe semblait indiquer plus et mener au diagnostic non seulement de l'existence d'une fracture, mais du nombre et du siège de ces fractures. M. Poirier nous faisait remarquer que, l'aponévrose inter-osseuse étant unique pour tous les inter-osseux, une seule fracture pouvait produire l'ecchymose de plusieurs orteils; c'est là une constatation à faire car, au point de vue clinique, nous avons vu coïncider l'étendue de l'ecchymose avec celle des lésions osseuses; peut-être pouvait-on faire intervenir à ce point de vue l'intensité de cette ecchymose. Enfin notre dernière observation mentionne une ecchymose plantaire qui doit être prise en considération et qui, quoique fort probable, n'est pas toujours mentionnée dans les descriptions non plus que ce signe fonctionnel si simple, et pourtant si significatif, l'appui du talon seulement dans la marche, excellente indication qui se retrouve dans nos deux observations et doit immédiatement attirer l'attention du chirurgien vers les métatarsiens et les phalanges.

Il serait également intéressant de rechercher l'ecchymose dans les fractures des métacarpiens et de la comparer à celle que nous venons de décrire.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS DE KYSTE DU CREUX POPLITÉ,
par CH. FÉVRIER, médecin major.

Le nommé B..., âgé de 22 ans, soldat au 72e d'infanterie, se présente à nous le 3 juin 1888, se plaignant d'éprouver une gêne notable dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, gêne surtout marquée pendant les exercices de pas gymnastique. Il souffre parfois de crampes dans le mollet et il a constaté qu'il a une grosseur dans le jarret.

Le malade est de constitution moyenne et ne présente aucune tare. Jamais il n'a souffert du genou, ni reçu de coup sur la jointure. A aucun moment, d'après lui, l'articulation n'a offert de gonflement.

Nous constatons dans le jarret gauche une tumeur ovoïde à grand axe vertical, du volume d'un gros œuf de poule. Elle occupe toute la moitié interne du creux poplité où elle s'enfonce profondément. Elle est tendue, franchement rénitente, lisse et sans bosselure. Quond on relâche les parties par la flexion, la tumeur s'enfonce dans le creux du jarret sans rien perdre de son élasticité.

Elle est absolument immobile dans l'extension. Dans la flexion même immobilité, si on veut lui communiquer des mouvements dans le sens vertical. Latéralement elle se laisse un peu déplacer. Pendant la flexion la rotule n'est pas soulevée.

Les recherches les plus attentives ne nous permettent pas de constater le moindre épanchement dans le genou.

Pas d'expansion ni de battements; pas de bruit de souffle. Pas d'œdème ni de varices.

Nous diagnostiquons un kyste de la bourse commune au demi-membraneux et au jumeau interne.

Craignant que, malgré l'absence de réductibilité, il n'existe une communication avec l'article, nous préférons, à la ponction suivie d'injection iodée, l'extirpation.

Nous opérons le malade le 24 juillet. Après chloroformisation et toutes les précautions antiseptiques, nous pratiquons suivant le grand axe de la tumeur et en la débordant un peu en haut et en bas, une incision de 10 centimètres. La peau et l'aponévrose incisées, nous tombons sur la paroi du kyste qui est mince, lisse, tendue, d'aspect bleuâtre. Il refoule en dedans le tendon du demi membraneux et en dehors le jumeau interne. On ne peut le séparer du tendon du demi membraneux. En dehors la dissection est extrêmement laborieuse. On est obligé pour ainsi dire de sculpter la poche dans le muscle. Pendant la dissection elle est ouverte accidentellement et il s'écoule un liquide transparent gélatineux et tremblotant, rappelant absolument comme aspect l'humeur vitrée et légèrement teintée en rose.

L'ouverture est alors agrandie d'un coup de ciseau et la poche fendue dans toute sa longueur. En plaçant le membre dans la flexion, en soulevant et en réclinant fortement en dehors le jumeau interne après avoir soigneusement vidé et épongé la cavité, il est impossible d'apercevoir aucun orifice de communication; ce n'est qu'avec le doigt qu'on peut atteindre le point de réunion de la coque condylienne et du tendon du jumeau externe.

La dissection est poussée en dedans aussi loin que possible sur la face antérieure du jumeau. Puis la moyenne partie de la poche attirée avec des pinces est excisée circulairement.

On peut s'assurer en ce moment en fléchissant et en étendant la jambe qu'aucun écoulement de synovie ne se produit.

Tout le fond de la cavité est lavé avec une solution phéniquée au 1/40. Nous plaçons quelques points de suture avec la soie phéniquée, et nous introduisons dans le fond de la cavité un drain du volume du petit doigt.

Pulvérisations d'iodoforme sur le pourtour de la plaie. Plusieurs doubles de gaze iodoformée sont appliqués par-dessus une couche d'ouate hydrophyle phéniquée. Toute la région est alors recouverte d'une épaisse couche d'ouate et le membre placé dans une gouttière.

Les suites sont très simples. La température s'élève le soir du 25 juillet à 38,3 pour revenir le 26 au matin à 37,8, et le soir à 38,1. A partir de cette époque la température reste normale. Le malade n'a pas souffert. Le 30 on enlève le pansement. Toute la plaie est réunie, sauf au niveau du drain. Les points de suture sont enlevés. On raccourcit le drain qui est replacé dans la plaie encore très profonde.

Le genou est normal.

Le pansement est alors renouvelé tous les 8 jours. La cavité se comble lentement, et c'est le 2 septembre seulement que tout est complètement réuni.

Pendant ce temps le genou est resté indemne de tout gonflement.

La jambe est un peu amaigrie et il reste une légère raideur. Massage et frictions.

Nous avons cru devoir publier cette observation, parce qu'elle nous semble échapper à la règle généralement admise aujourd'hui que tous les kystes du creux poplité ont une origine articulaire.

Nous n'invoquerons pas à l'appui de la non communication, l'examen de la poche pratiqué pendant la dissection. On sait combien même sur le cadavre cette recherche est délicate. D'ailleurs la situation ordinaire de cet orifice au point de rencontre de la coque condylienne et du tendon du jumeau n'aurait rendu sa découverte possible qu'à la condition de sectionner le muscle et de le rejeter en haut.

On ne peut tirer aucune conséquence de l'irréductibilité du kyste, car souvent la disposition anatomique et la consistance gélatineuse du liquide s'opposent à son reflux dans l'articulation.

Nous ferons seulement valoir les faits suivants :

1° D'abord les recherches anatomiques. Chez les jeunes sujets, nous dit M. Poirier, la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux *ne communique jamais* avec l'articulation. De 20 à 30 ans cette communication est très rare chez l'adulte.

2° Notre sujet n'avait jamais souffert du genou. Pas de passé articulaire inflammatoire ou traumatique.

3° La poche une fois vidée, aucun écoulement de synovie ne s'est produit et à aucun moment nous n'avons vu survenir du côté du genou la moindre souffrance ou le plus petit épanchement.

Nous pensons donc que peut-être pourrait-il s'agir là d'un kyste indépendant de l'articulation. Loin de nous l'idée de mettre en doute l'origine articulaire des kystes poplités qui a pour elle trop de preuves sérieuses tirées de l'anatomie et de la clinique. Mais serait-il illogique d'admettre que, dans certains cas, la bourse séreuse du demi-membraneux et du jumeau peut, tout en restant indépendante de l'articulation, devenir *primitivement* malade ?

Il semblerait que chez notre sujet les mouvements violents et répétés, nécessités par les exercices militaires, aient pu provoquer une inflammation subaiguë de la bourse séreuse et amener le développement d'une affection à laquelle la jointure semble avoir été absolument étrangère.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DES TUMEURS.

Suite (1).

VIII. — UN CAS DE SARCOME DE L'AMYGDALE; EXTIRPATION, GUÉRISON, par le Dr RICHARDSON, *Boston medic. and surg. Journal* 1888, n° 8.

IX. — SUR UN POLYPE CONGÉNITAL CHEVELU DU PHARYNX, par le Dr O. RICHARD, de Dorpat. *Virchow'S Archiv.* T. CXV, fasc. 2, p. 242, 1889.

X. — KYSTE AVEC REVÊTEMENT ÉPITHÉLIAL A CILS VIBRATILS, DANS LE MÉDIASTIN ANTÉRIEUR, par le Dr STILLING, *Ibidem*. T. CXIV, fasc. 3, p. 557, 1888.

XI. — UN CAS D'ANGIOSARCOME DE LA TRACHÉE, par le Dr ZEMANN, *Wiener medic. Presse*, 1888, n° 21.

VIII. — L'observation de Richardson concerne une femme de 63 ans, qui depuis deux ans présentait du côté de l'arrière-gorge, des manifestations dont la gravité était allée en augmentant. L'une des amygdales était transformée en une tumeur dont la saillie s'avançait jusque vers la luette. A la partie

(1) Voir le numéro précédent.

externe du cou on ne découvrait qu'une légère tuméfaction circonscrite. On excisa un fragment du néoplasme, pour le soumettre à l'examen histologique; on acquit ainsi la preuve qu'on avait affaire à un sarcome à cellules arrondies. La tumeur fut extirpée à travers une incision pratiquée le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien. La plaie opératoire mit trois semaines à se cicatriser. La femme s'est rétablie complètement.

IX. — Le fait relaté par M. O. Richard se rapporte à une catégorie de tumeurs, dont on ne connaît encore qu'un petit nombre d'exemples: l'auteur en mentionne 8, publiés par Lambl (1860), Clérault (1864), Abraham et Barton (1880), White (1882), Schuchardt (1884), J. Arnold (*Virchow's Archiv*. T. CXI, 1888), plus l'observation personnelle de l'auteur, dont voici un résumé.

Une enfant du sexe féminin, mise au monde par une femme juive, le 26 décembre 1885, était dans un état d'adynamie manifeste et de plus en proie à une gêne respiratoire et à une agitation insolites. A l'inspection des premières voies, on découvrit dans l'arrière-gorge une tumeur du volume d'une noisette, dont la teinte blanchâtre tranchait sur la zone d'hyperémie ambiante. La tumeur fut extirpée, le jour même de la naissance de l'enfant qui s'est rétablie.

Le néoplasme extirpé présentait une couche superficielle de même aspect que la peau; il était recouvert de cheveux blonds disposés en forme de brosse, et qui mesuraient jusqu'à 2mm. 5 de longueur. Pédicule long de 2 à 3 millim. d'une consistance cartilagineuse. La couche superficielle du néoplasme avait tous les caractères histologiques de la peau. La couche sous-jacente logeait des productions glandulaires, en forme d'acini. La portion centrale de la tumeur était formée en majeure partie par de la graisse, que traversaient des brides conjonctives. Ce noyau contenait, de plus, de la substance cartilagineuse hyaline, sous forme d'une lamelle de 1 à 2 millim. d'épaisseur, qui occupait la zone intermédiaire de la tumeur (entre la couche cutanée et la graisse). Pas de dépôts calcaires, pas de particules de tissu en voie d'ossification, pas de fibres musculaires.

De l'ensemble des faits connus l'auteur conclut qu'il s'agit là d'une variété de tumeurs congénitales et bénignes du pharynx qui, du fait de leur siège, peuvent occasionner des accidents graves au moment où le nouveau-né se met à vivre de sa vie indépendante, au moment où la fonction respiratoire le met en communication directe avec le milieu ambiant.

Suivent des considérations sur les caractères morphologiques, le traitement et le développement de ce genre de néoplasmes.

X. — A l'autopsie d'un homme de 45 ans, emporté par une hémorrhagie cérébrale, M. Stilling trouva, dans le médiastin antérieur, immédiatement au-dessous de la crosse de l'aorte, une tumeur kystique de la grosseur et de la forme d'un œuf. Cette tumeur était reliée au péricarde par des adhérences très lâches; elle se laissait détacher, sans effort, de l'aorte et du hile du poumon gauche.

Les dimensions du kyste étaient de 5, 3, 5 et 4 centimètres, l'épaisseur de la paroi de 1/2 à 1 millim.; le contenu était constitué par une substance brune visqueuse, muqueuse, mélange de masses hyalines et granuleuses, de granulations graisseuses, de débris de cellules, de cellules épithéliales pourvues de cils vibratils très nets. L'analyse chimique de ce contenu a été faite par M. Hoppe-Seyler. Résultats: réaction alcaline du liquide. L'addition d'acide acétique a donné un dépôt abondant d'une matière visqueuse, s'étirant en fils, qui ne se redissolvait pas dans un excès d'acide acétique. Ce dépôt, isolé par filtration, et chauffé au bain-marie avec de l'acide chlorhydrique étendu, a donné naissance à un corps qui réduit la liqueur d'hydrate d'oxyde de cuivre en solution alcaline, et qui brunit au contact de la potasse caustique. Bref il s'agirait d'une substance analogue mais non identique à la mucine de la glande sous-maxillaire. La recherche de ferments solubles dans l'eau n'a donné que des résultats négatifs.

L'examen microscopique a montré que la face interne de la paroi du kyste était tapissée par un épithélium à cils vibratiles, ainsi que le faisaient prévoir les résultats de l'examen du contenu; cet épithélium se composait de deux couches de cellules superposées; de membrane basale proprement dite, il n'en existait pas. La paroi propre du kyste était constituée par des fibres élastiques et conjonctives, traversées par un petit nombre de vaisseaux; dans ses couches les plus externes, elle contenait quelques ramuscules nerveux. Elle était très pauvre en éléments cellulaires, mais se distinguait par la présence de faisceaux volumineux de fibres lisses, de grosseur et de direction variables. Entre ces faisceaux, on découvrait des sections de canaux glandulaires longitudinaux et transversaux, qui débouchaient dans la cavité kystique. Ces canaux, fortement dilatés, étaient remplis par une masse muqueuse; leur épithélium, aplati, laissait voir de gros noyaux ovalaires. Ils étaient, à n'en pas douter, en rapport avec des glandes à mucus.

Malgré que l'examen anatomique n'ait point fait découvrir une communication directe entre cette tumeur kystique et l'appareil respiratoire, toutes les apparences étaient en faveur de l'hypothèse que le kyste représentait une portion de la trachée ou des bronches, isolée par voie d'étranglement, pendant la période embryonnaire.

L'auteur fait observer qu'on n'a pas, jusqu'ici, publié de fait analogue au sien.

XI. — Le sujet de l'observation de M. Zemann, avait été examiné et opéré vingt ans avant sa mort, par le professeur Schrötter, d'une tumeur de la trachée. Le néoplasme avait été reconnu pour un sarcome, par M. Weil. Trois ans après cette première opération, nouvelle extirpation, suivie d'une seconde récidive. En l'espace de trois nouvelles années la tumeur avait atteint le volume d'une noisette; au bout de huit ans, elle avait ses dimensions primitives. Le malade finit par succomber aux suites de l'obstruction de ses bronches par des mucosités que la tumeur l'empêchait d'expectorer.

Le néoplasme était implanté par une large base sur la paroi postérieure de la trachée, à droite de la ligne médiane, entre le deuxième et le cinquième anneau trachéal, sur une longueur de 22 centimètres: forme arrondie et allongée, surface inégale, tapissée par la muqueuse, dont l'épithélium était épaissi dans la partie la plus proéminente. Consistance molle, teinte rougeâtre à la surface. Le néoplasme pénétrait en profondeur jusque dans la couche musculaire de la paroi trachéale, à laquelle elle adhérait intimement.

La texture du néoplasme était celle d'un angiosarcome. D'après l'auteur, il n'existerait, dans les recueils de la littérature médicale, qu'un seul fait analogue, de Meyer, Hüni et Kaufmann.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT. TOME V : MALADIES DES POUMONS ET DU SYSTÈME VASCULAIRE.

Les quatre premiers volumes des œuvres de M. Charcot sont consacrés aux maladies du système nerveux et aux localisations cérébro-spinales. Dans le cinquième, ont été réunis ses leçons, ses mémoires, ses observations ayant trait aux maladies des appareils respiratoire et circulatoire. L'éditeur a eu soin de grouper les différents travaux suivant la nature des questions auxquelles ils se rapportent.

La première partie contient les leçons faites à la Faculté de médecine, en 1877, par M. Charcot, alors professeur d'anatomie pathologique, sur les maladies des poumons. Au début de la première de ces leçons, le savant professeur prévient ses auditeurs qu'ils se trouveront, dans le cours de son exposé, « en présence de questions ardues, de questions d'autant plus redoutables qu'elles avaient pu paraître un instant résolues, et qu'après mûr examen, il a fallu reconnaître que la solution proposée devait être soumise à une revision complète, radicale. »

Combien d'autres questions, à l'époque de transition que nous traversons, doivent ainsi être révisées. La fièvre d'expérimentation provoquée par les découvertes de M. Pasteur, fait surgir chaque jour des faits nouveaux qui entraînent des modifications correspondantes dans les idées admises jusque-là. Est-ce à dire que la tradition perde tous ses droits et qu'il faille faire table rase de toutes les données acquises avant l'évolution scientifique dont nous parlons ? Loin de là, et la lecture des leçons de M. Charcot sur les maladies des poumons montre que celles de ces données auxquelles on a donné pour base et pour contrôle les notions précises de l'anatomie et les enseignements de la clinique restent toujours debout.

La seconde partie comprend deux communications de l'auteur, l'une à la Société de Biologie intitulée : *Purpura hémorrhagica et tuberculisation générale aiguë*, l'autre à la Société médicale des hôpitaux, *Sur la paraplégie douloureuse et sur la thrombose artérielle qui surviennent dans certains cas de cancer*.

La troisième, consacrée aux altérations du sang, renferme quelques travaux sur la *leucocythémie et la mélanémie*.

Enfin la quatrième, beaucoup plus étendue, réunit de nombreux mémoires relatifs aux *maladies du système vasculaire*. L'un des plus importants est consacré aux *maladies de l'aorte* ; c'est la reproduction de l'article *Aorte* (maladies) du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, fait par l'auteur en collaboration avec M. Ball.

Nous signalerons à l'attention des lecteurs deux travaux sur la *Claudication intermittente par oblitération artérielle*, le premier communiqué à la Société de Biologie en 1858, le second représenté par une leçon clinique faite à la Salpêtrière en 1886. On se rend compte, en les comparant, de l'importance, pour l'édification ultérieure d'une forme clinique, d'une observation bien prise et bien interprétée. C'est, du reste, en apprenant ses élèves à observer, que M. Charcot est devenu un chef d'Ecole sans rival.

F. DE RANSE.

DE LA SPERMATOGÉNÈSE DANS L'OBLITÉRATION DE LA VAGINALE par U. BEAUDONNET. (Th. Paris, 1889.)

L'auteur démontre dans un excellent plaidoyer l'erreur dans laquelle était tombé Gosselin en avançant que l'oblitération des deux feuillets de la tunique vaginale avait pour résultat la suspension de la sécrétion spermatique. Les observations qu'il a recueillies dans le service de M. Reclus à Bicêtre, lui ont démontré que le défaut de spermatogénèse ne doit pas être attribuée à une semblable cause, mais bien à l'épididymite, cause première de la vaginalite. Sur 13 cas, en effet, où l'absence complète de la cavité vaginale a été constatée 9 fois, il a été donné de déceler d'une façon non douteuse la présence de spermatozoïdes. On comprend tout l'intérêt qu'il y a à revenir sur l'arrêt porté par le célèbre chirurgien de la Charité, aujourd'hui où certains désignent du nom de « castration déguisée » la cure radicale de l'hydrocèle.

ESSAI SUR LA MALADIE DE DUPUYTREN (*rétraction de l'aponévrose palmaire*). — CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR L'HISTORIQUE, L'ÉTIOLOGIE ET LES PROCÉDÉS DE TRAITEMENT. (*Procédé opératoire de M. le professeur Trélat*), par L. DUREL. (Th. Paris, 1888.)

Contrairement à ce que pense l'auteur nous persistons à croire que la maladie de Dupuytren, le paratrimme palmaire d'Alibert, n'est pas constitué rien que par la rétraction de l'aponévrose. Cette dernière lésion, souvent constatée sans doute, et contre laquelle le procédé opératoire de M. le professeur Trélat peut faire merveille, n'est pour nous qu'un phénomène consécutif et secondaire. Ce qui est primitif c'est la dermatose et M. Durel aurait peut-être eu son opinion modifiée s'il avait lu l'observation que nous avons publiée ici même en janvier 1886.

CH. AMAT.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TREMBLEMENT SÉNILE, par le Dr L. BOURGAREL. (Thèse de Paris.)

Le tremblement sénile est beaucoup plus rare qu'on ne le croit. Sur 1850 femmes âgées de 53 à 98 ans, examinées dans les services de la Salpêtrière, 31 seulement présentaient un tremblement sénile. Dans bien des cas, ce ne sont pas les malades véritablement séniles qui en sont atteintes ; ainsi deux femmes, dont le tremblement avait tous les caractères de la sénilité, en étaient affectées depuis leur enfance. Il ne semble pas davantage que l'on puisse invoquer une sénilité anticipée comme cause du tremblement à début précoce. La sénilité ne paraît pas, en somme, jouer le rôle principal dans l'étiologie du tremblement dit sénile.

DES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES DU PIED, par le Dr PAVLIDÈS DÉMOSTHÈNES. (Thèse de Paris, 1888.)

Depuis que l'existence d'artropathies tabétiques du pied a été signalée pour la première fois par Charcot en 1883, des cas isolés de cette affection ont été publiés dans différents recueils, mais leur étude n'avait pas encore donné naissance à un travail d'ensemble. C'est celui-ci qu'a entrepris et mené à bonne fin le Dr Pavlidès sous les auspices du Professeur Damaschino. Après avoir, dans un long et intéressant historique, signalé les différentes phases par lesquelles avait passé cette question des arthropathies tabétiques, il décrit leurs symptômes généraux d'après plusieurs observations personnelles et d'après les observations antérieures et arrive en définitive aux conclusions suivantes :

Comme toutes les arthropathies tabétiques, celles du pied évolnent rapidement, sans douleur, et donnent lieu à des lésions profondes beaucoup plus étendues qu'on pourrait le supposer pendant la vie. Ce ne sont pas de simples arthrites sèches comme le pensent les auteurs anglais, ce sont des troubles qui surviennent à la suite de lésions du système nerveux et probablement du système nerveux périphérique. Leur mode

d'apparition, leur évolution particulière, indolore le plus souvent, l'existence de signes de tabes avec ou sans ataxie locomotrice, permetteut d'établir un diagnostic précis. Les symptômes, par exemple, préseutés par le pied-bot tabétique ne ressembleut pas à ceux du pied tabétique.

Elles occupent au pied un siège très variable, et, selon leur localisation, ou peut les diviser eu arthropathies péronéennes, tarso-métatarsiennes, des orteils et généralisées. Elles sont caractérisées non seulement par des lésions articulaires, mais aussi par des lésions osseuses, souvent plus marquées que les premières. Leur traitement donne peu de résultats.

Une série de onze planches en chromolithographies complète ce travail et donne des types curieux de pieds tabétiques.

Dr Georges Lemoine.

BULLETIN

La vaccination contre la morve. — Les mesures de police sanitaire contre la rage. — Opération césarienne. — La perméabilité de la peau pour les microbes.

Parmi les maladies virulentes, il en est dont une première atteinte confère l'immunité; pour d'autres, une semblable immunité paraît ne s'observer jamais. Entre les unes et les autres y a-t-il une ligne de démarcation profonde, ou toutes les maladies virulentes forment-elles une vaste série dans laquelle, au point de vue spécial de l'immunité, on passe de l'une à l'autre par une simple différence de degré en plus ou eu moins? Les extrêmes seraient ainsi reliés par une chaîne non interrompue. Les nouvelles recherches de M. Straus sur la vaccination contre la morve plaident en faveur de la dernière manière de voir.

La morve est rangée par tous les auteurs parmi les maladies virulentes pour lesquelles une première atteinte ne préserve pas d'atteintes ultérieures. Or, en expérimentant sur des animaux, comme le chien, qui ont une faible réceptivité pour la maladie, et en employant de petites doses de cultures virulentes, M. Straus est parvenu à obtenir une immunité relative. Nous disons relative, car si l'immunité créée par des injections intra-veineuses du liquide virulent existe pour une culture plus virulente inoculée par la même voie, elle est moins complète quand le virus est inoculé par une autre voie, la voie sous-cutanée par exemple.

M. Straus a entrepris les mêmes expériences sur des animaux à grande réceptivité morveuse: jusqu'à présent il a échoué, mais il poursuit sans se décourager ses recherches. Quel qu'en soit le résultat, ceux que notre confrère a déjà obtenus sur le chien montrent que la morve ne peut plus être classée d'une manière absolue parmi les maladies virulentes qui ne confèrent pas d'immunité; si la chaîne dont nous parlons plus haut pouvait être constituée, il serait plus exact de dire que la morve occupe l'un des chaînons les plus bas dans l'ordre croissant de l'immunité.

— Cette question de l'immunité créée contre les maladies virulentes est, à juste titre, la grande préoccupation de notre époque. Mais, quel que soit l'avenir réservé aux vaccinations préventives, on ne saurait négliger les autres mesures prophylactiques dont l'expérience a démontré les bons effets. C'est ce que nous écrivions ici même, il y a quinze jours, à propos de la rage, en réclamant l'exécution rigoureuse des règlements de police sanitaire relatifs aux chiens errants. Nous avons vu avec plaisir l'Académie de médecine, dans la dernière séance, entrer dans cette voie, et renouveler le vœu qu'elle a déjà exprimé plusieurs fois, entre autres l'an dernier à la même époque. Mais ces vœux, ces avis, ces conseils de l'Académie et de tous les Conseils d'hygiène, inspirés uniquement par l'intérêt de la santé publique, viennent se briser contre l'ignorance, l'inertie, parfois le mauvais vouloir des autorités chargées de l'exécution de la loi sanitaire. C'est que cette loi, à vrai dire, manque de sanction. Lorsque, par suite de la non exécution des réglements de police, des cas de rage se déclarent chez l'homme, les victimes devraient pouvoir intenter une action contre le propriétaire du chien enragé, si l'on peut remonter jusqu'à lui, et contre les autorités locales qui ont failli à une partie importante de leurs fonctions. Ce droit existe peut-être, mais on n'en use pas. Il faut en répandre la notion, encourager tous les intéressés à le faire valoir et affirmer ainsi la responsabilité effective de ceux qui sont chargés de la police sanitaire.

— Nous ne sommes plus à l'époque où, à Paris, pratiquer l'opération césarienne chez une femme, c'était la vouer à une mort certaine. Pendant plus d'un demi-siècle, en effet, on n'avait pas observé un seul succès. On comprend sans peine la proscription presque absolue de cette opération par les accoucheurs parisiens. L'antisepsie a modifié sur ce point les idées et, avant tout, les résultats qui leur servent de base. De nos jours les chirurgiens abordent l'opération césarienne comme toute autre opération abdominale et les succès viennent justifier leur hardiesse. M. Bouilly a fait connaître un nouveau succès dans la dernière séance de la Société de chirurgie. L'enfant a été retiré vivant, et au vingt et unième jour la mère est partie en convalescence pour le Vésinet. Ajoutons que, si quelques praticiens comme de Lignerolles, Lebleu, etc., ont pu pratiquer deux fois avec succès l'opération césarienne chez la même femme, ce sont là des cas exceptionnels, et qu'il est plus sage de prévenir toute nouvelle conception de la part de la femme. C'est ce qu'a pensé M. Bouilly qui a fait la ligature des deux trompes à leur origine utérine.

— M. Pasteur professe, et tout le monde a admis ou tend encore à admettre avec lui que le tégument interne (muqueuses) et *a fortiori* le tégument externe, quand ils sont intacts, opposent aux microbes une barrière infranchissable. Il résulterait de recherches entreprises par divers auteurs qu'il ne faudrait pas trop compter sur cette imperméabilité des muqueuses, ni même de la peau. C'est ainsi que M. Ribbert, en injectant dans la bouche de lapins une culture d'un bacille spécial donnant lieu à ce qu'il a appelé la diphthérie intestinale des lapins, a vu les animaux en expérience succomber avec une tuméfaction des glandes du cou et a retrouvé le bacille dans le tissu des amygdales. M. Otto Roth a fait périr des souris et des cobayes en leur introduisant le même microbe dans les fosses nasales dont la muqueuse était parfaitement intacte.

En ce qui concerne la peau, M. Roth a expérimenté avec le bacille de Ribbert, avec celui du charbon, avec le bacille de la septicémie des souris. Après avoir incorporé le bacille à un corps gras, tel que la lanoline, l'axonge, l'huile d'olive, etc., il a fait des frictions assez vigoureuses, mais incapables de produire une lésion quelconque de la peau, et les animaux ont succombé à l'infection correspondant au bacille employé. Déjà M. Garré, opérant non sur les animaux mais sur lui-même, avait observé une éruption de furoncles consécutivement à des frictions avec une culture du *staphylococcus aureus*. Il y a lieu de poursuivre ces recherches qui, outre l'intérêt scienti-

fique, présentent une importance pratique de premier ordre pour la prophylaxie de certaines infections.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

— OUVERTURE DU CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le congrès de MM. les délégués des sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira, au ministère de l'Instruction publique, 110, rue de Grenelle, le mardi 11 juin 1889, à midi et demi.

Les journées des mardi 11, mercredi 12, jeudi 13 et vendredi 14 juin seront consacrées aux travaux du congrès.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 15 juin, à 2 heures précises.

— PRIX ACADÉMIQUES. — La Société médicale de l'État de New-York décernera une médaille d'or de la valeur de 100 dollars au meilleur travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie.

D'autre part, le prix triennal de 250 dollars, fondé par William Jenks, sera décerné par le collège de médecine de Philadelphie au meilleur mémoire sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine.

— OUVERTURE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — La nouvelle École a été ouverte la semaine dernière. En souhaitant la bienvenue aux élèves, le directeur, M. Vallin, leur a donné d'excellents conseils qui porteront certainement leurs fruits. L'accueil fait aux élèves, soit à la Faculté par le Doyen, soit dans les cours ou les services hospitaliers par les divers professeurs, a été des plus bienveillants et des plus encourageants. La tradition est heureusement renouée : Lyon continuera Strasbourg en marchant dans la voie du progrès. Cette inauguration est pleine de promesses pour l'avenir de la médecine militaire.

— ÉPIDÉMIES. — La semaine dernière on a constaté au 1er régiment de chasseurs, en garnison à Melun, de nombreux cas de fièvre typhoïde, qui ont déjà occasionné plusieurs décès.

L'enquête sur l'origine de l'épidémie n'est pas encore terminée. Les précautions nécessaires ont été aussitôt prises par l'autorité militaire, qui a fait évacuer certains locaux suspects pour les désinfecter et les assainir d'une manière minutieuse.

— L'épidémie de fièvre jaune a augmenté rapidement d'intensité à Rio-Janeiro et dans le port de Santos. Aux dernières nouvelles, on comptait près d'une centaine de cas mortels par jour dans la capitale du Brésil.

— Le service de clinique obstétricale de Vienne (Autriche) a dû être fermé à cause d'une épidémie de fièvre puerpérale qui a causé la mort de 30 accouchées. Cette épidémie est due à la mauvaise installation de la clinique.

— Un télégramme de Madrid signale la présence du choléra à Zamboango (îles Philippines).

— LA QUESTION DU BÉRET. — Trois cents membres de l'Association des étudiants se sont réunis lundi dernier, à 3 heures, dans le sous-sol du Paradis-Latin, pour étudier et réglementer définitivement la question du béret. Le président a ouvert la séance en exposant le but de la réunion. Quelques personnes, évidemment d'humeur chagrine, a-t-il dit, font courir depuis quelque temps le bruit que nous allons abandonner le béret. Vous savez comme moi qu'il n'en est rien. Le béret vit et vivra. Il ne s'agit aujourd'hui que de réglementer les couleurs et d'aviser au moyen d'empêcher son envahissement.

Après avoir entendu différents membres qui, tous, exposent qu'il est temps de réagir contre cette habitude qu'on a de faire retomber sur les étudiants la responsabilité de tous les mauvais coups qui se commettent dans la rue et qu'il est absolument nécessaire de porter un insigne quelconque qui fasse reconnaître au public les véritables étudiants, l'assemblée, consultée, décide par vote :

1° Qu'invitation est faite par voie de la presse à tous les chapeliers d'avoir à présenter dans la quinzaine le modèle d'un béret aux couleurs académiques. Une commission de cinq membres est désignée dans ce sens ;

2° Que ce béret sera soumis à la sanction du ministre de l'Instruction publique et déposé ;

3° Que seuls les membres des différentes écoles inscrites et représentées à l'Association des étudiants auront le droit de le porter.

L'assemblée a ensuite décidé de se réunir dans quinze jours dans la même salle, pour procéder à l'examen des différents modèles qui auront été fournis, et la séance est levée après plusieurs bans d'enthousiasme. (*Le Temps.*)

— CONGRÈS INTERNATIONAL DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE. — Le congrès aura lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. MOUTARD-MARTIN, président ; DUJARDIN-BEAUMETZ, vice-président ; CONSTANTIN PAUL, secrétaire général ; P.-G. BARDET, secrétaire général adjoint ; LABBÉ, secrétaire de la section de thérapeutique et R. BLONDEL, secrétaire de la section de matière médicale.

Le congrès sera divisé en deux sections : l'une de *thérapeutique*, l'autre de *matière médicale*.

Première question. — Des antithermiques analgésiques. (Rapporteur, M. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

Deuxième question. — Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes. (Rapporteur, M. CONSTANTIN PAUL.)

Troisième question. — Des toniques du cœur. (Rapporteur, M. BUCQUOY.)

Quatrième question. — Des nouvelles drogues d'origine végétale récemment introduites dans la thérapeutique. (Rapporteur, M. PLANCHON.)

Cinquième question. — Unification des poids et mesures employés dans les formules ; de l'utilité d'une pharmacopée internationale. (Rapporteur, M. SHAER, de Zurich.)

Les membres du congrès qui comptent faire une communication sont priés d'en annoncer le titre au secrétaire du comité avant le 15 mai prochain.

Les communications et discussions seront réunies dans un volume qui sera imprimé par les soins du comité d'organisation et sera adressé à chaque adhérent.

On est prié d'adresser toutes les adhésions ou communications au Dr BARDET, secrétaire général adjoint du comité d'organisation, 119 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

— CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La quatrième session du Congrès Français de chirurgie se tiendra à Paris, du 7 au 13 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron LARREY.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

Adresser toutes les communications à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Dr Dennce, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux et ancien professeur de clinique chirurgicale, vient de succomber à la longue maladie qui l'avait obligé de prendre une retraite prématurée. C'est déjà une raison de santé qui n'avait pas permis à notre confrère de poursuivre à Paris la carrière du concours où un premier succès lui en présageait d'autres. Il avait pu s'en consoler par la haute situation scientifique et professionnelle qu'il n'avait pas tardé à conquérir à Bordeaux. Lors de la transformation de l'Ecole préparatoire en Faculté de médecine, il fut tout naturellement désigné pour les fonctions du décanat. L'accomplissement de ses multiples devoirs et la fatigue d'une grande clientèle ont contribué à épuiser avant le temps les forces de notre regretté confrère. Sa mort est un deuil pour le corps médical bordelais.

— Charles Frédéric Martins, dont nous avons annoncé la mort, était l'un de ces rares savants dont les travaux retentissent au delà des frontières. Enfant de Paris, né en 1806, il avait fait ses études médicales dans cette ville et il fut interne des hôpitaux de la promotion de 1829. Très épris d'histoire naturelle il devint l'aide d'Achille Richard, qu'il suppléa, une fois nommé agrégé. Nommé en 1851, au concours, professeur de botanique à Montpellier, Martins, publia en peu d'années, des travaux considérables sur toutes les branches des sciences naturelles. C'était un encyclopédiste dans la bonne acception du mot, c'était aussi, un esprit heureusement téméraire à en juger, par ses voyages périlleux, ses ascensions en ballon. Chercheur et ami du progrès scientifique nous nous rappelons ses mémoires lus à la *Société d'anthropologie*, dont il fut l'un des premiers membres, sur les *deux caractères ostéologique du groupe anthropomorphe, sur l'existence de l'homme à l'époque glaciaire, sur la torsion de l'humérus*. Il serait à souhaiter qu'un de ses élèves compétents, à l'appui d'une biographie complète de ce savant distingué, rédigeât l'inventaire complet de ses travaux, la plupart d'une originalité et d'une valeur hors ligne.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 18 mars, ont été promus, au grade de médecin de 2e classe, MM. les Drs Alquier (Augustin Louis) aide médecin, et Le Clerc (Joseph, Auguste, Richard) médecin auxiliaire.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Arnozan, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours complémentaire de maladies syphilitiques et cutanées.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Imbert, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de physique.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Moulonguet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Caen. — M. le Dr Guillet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Delotte est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obtétricale.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Gascard, licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

***

Hôpitaux de Paris. — La constitution du jury du concours qui s'ouvre lundi prochain pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris est définitive en ce qui concerne les chirurgiens, qui sont: MM. Périer, Péan, Marchand, Blum, Désormeaux et Panas. Seule n'est pas encore connue la réponse de M. J. Simon comme médecin.

***

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Donnet, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est mise en disponsabilité, sur sa demande.

M. le Dr Boudrie, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Bassens (Savoie), est nommé direteur-médecin de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. Donnet.

***

Réunion de la Société italienne de chirurgie en 1889. — La sixième réunion annuelle de la Société italienne de chirurgie aura lieu à Bologne, les 15, 16 et 17 avril 1889.

***

Société médico-psychologique. — Prix proposés pour 1890 :

Prix Aubanel. — 2,400 francs. — (Question : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie.*)

Prix Belhomme. — 1,000 francs. — (Question : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.*)

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 et 1889 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Sebileau. Epanchements du péritoine. cochon

M. Barraud. Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col.

M. Voisine. Contribution à l'étude des ecchymoses cutanées consécutives aux maladies de la moelle. Un cas de purpura consécutif à la paralysie infantile.

M. Depoix. Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine.

M. Daurios. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital de la femme.

M. Theremin. Isolement dans les hôpitaux d'enfants.

M. Estrabaud. De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie.

M. Widal. Etude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.

M. Jouve. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin.

M. Bastide. De la castration dans la tuberculose testiculaire.

NOMENCLATURE DES THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE PENDANT LE 1er SEMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-89.

M. A. Brulant. Des fistules consécutives à l'hystérectomie.

M. G.-A. de Schuttelaere. Contribution à l'étude des blessures de la sclérotique.

M. A. Vigerie. De la désinfection dans l'armée.

M. Em. Arnould. De la fièvre typhoïde dans la 1re région de corps d'armée (Etiologie ancienne et étiologie nouvelle).

M. J.-B. Loustalot. Le bouton de Biskra.

M. L.-A. Sename. Syphilis et grossesse; étude de la syphilis post-conceptionnelle.

M. Jules Brunelle. Des adénopathies syphilitiques anormales.

M. G. Lepers. Syphilis et paludisme.

M. Emm. Wallez. Recherches expérimentales sur quelques effets physiologiques et toxiques de l'aniline et des toluidines.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Maladies des poumons et du système vasculaire, par J.-M. Charcot. Tome V des œuvres complètes. Un beau volume in-8 de 640 pages, avec 51 figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie. Prix: 15 francs.

Etude sur la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par le Dr Garcin. Paris, G. Masson, éditeur, 1889.

Du traitement des fibromes utérins par l'intermittence du courant continu, par le Dr R. Fouquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare, Paris, bureaux de la Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, 1889.

De la pneumonie infantile à caractère épidémique, par le Dr Lardier-Rambervillers. Typographie Ch. Méjeat, 1888.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 MARS 1889.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 5. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 40. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses, 50. — Autres, 4. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë, 42. — Bronchite chronique, 45. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 88. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 6 — Biberon, 28. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonites puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 32. — Suicides, 11. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort, 217. — Canses inconnues. 18. — Total : 1100.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

DE LA SYRINGOMYÉLIE.

I

Suite (1).

II

De l'examen attentif des observations de syringomyélie, et notamment de celles qui ont été réunies dans un tableau d'ensemble par Mlle Baumler ainsi que de celles publiées plus récemment par M. Roth sous le nom de glyomatose médullaire, il résulte que les symptômes les plus constants sont ceux qui suivent : 1° Des *troubles de la sensibilité*, en particulier de l'analgésie et de l'anesthésie thermique; 2° des *troubles trophiques*, atrophie musculaire, lésions trophiques de la peau et du tissu cellulaire sons-cutané; 3° des *troubles moteurs*, parésies limitées, mouvements convulsifs, etc. Ces symptômes sont fondamentaux, non qu'ils soient toujours associés et qu'on les rencontre forcément sur chaque malade, mais parce qu'ils sont les plus fréqnemment observés et parce qu'ils paraissent en relation directe avec les lésions que présente la moelle, dans la majorité des cas. Beaucoup d'autres symptômes peuvent se présenter, mais ils sont inattendus et sont le résultat de localisations particulières dans les cordons blancs ou les cornes antérieures de la moelle.

(1) Voir le numéro précédent.

1° *Anesthésie*. — Les premières observations publiées ne contiennent guère de renseignements sur l'état de la sensibilité. Cela tient d'abord à ce qu'on regardait ces malades comme atteints simplement d'une atrophie musculaire progressive d'un genre spécial, puis à ce qu'en général, dans la syringomyélie, la sensibilité au toucher, c'est-à-dire celle qu'on recherche le plus habituellement, est conservée. Les troubles de la sensibilité portent ici d'une façon presque exclusive sur la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur. Mais depuis que l'attention a été attirée sur la présence de ces anesthésies spéciales, on s'est aperçu qu'elles ne faisaient que rarement défaut.

Dans les dix cas de glyomatose médullaire qu'il a recueillis, Roth a observé l'anesthésie thermique avec conservation complète du sens du tact et du lieu, et l'on peut dire avec lui que cette thermanesthésie est le phénomène le plus constant. Elle peut exister seule on se compliquer d'analgésie. Elle n'occupe au début de la maladie qu'une région très limitée, une main par exemple; puis elle s'étend au fur et à mesure que la maladie progresse et peut finir par occuper tout le corps. A un degré déjà assez avancé, sa distribution est souvent des plus irrégulières; elle occupe une on plusieurs régions, des parties limitées d'un membre ou d'un territoire nerveux, elle est symétrique ou unilatérale, son territoire est mal défini ou limité par une ligne très nette; rien en un mot ne paraît présider à

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

(*Suite*) (1)

Le Collège des médecins qui existait encore en 1793 était la plus ancienne corporation médicale de Bordeaux. Un document authentique retrouvé par M. Péry est daté de 1411. Le collège est formé de tous les médecins de la ville, liés par serment au service de ses habitants et nul ne peut exercer la médecine dans la ville, s'il n'a été agrégé audit collège. Pour être agrégé, il faut : 1° être docteur; 2° avoir exercé pendant deux ans au moins dans quelque lieu du ressort du Parlement; 3° être catholique, apostolique et romain et avoir des mœurs irréprochables; 4° être admis, après enquête, à se présenter; 5° subir, dans l'espace de deux ans, six examens, le premier et le dernier devant avoir lieu en présence du maire et des jurats et en public. Comme dans presque toutes les corporations de ce genre, l'aspirant offrait une collation à ses juges, le jour de son examen, et nous lisons que le 25 novembre 1613, la collation consistant en confitures, dragées et biscuits, est présentée aux jurats municipaux, ces derniers assis sur leur chaise, afin d'éviter le désordre qui se produisait quand la collation était mise sur la table.

A partir de 1633, deux membres du collège furent désignés pour faire à l'Université des leçons destinées aux chirurgiens et aux apothicaires. Bientôt, en 1640, le collège des médecins est en lutte avec ces deux corporations; enfin les médecins et les chirurgiens s'unissent dès 1647 afin de limiter leurs droits respectifs. En 1681, le procureur du Roi mandait au collège que tout médecin ou chirurgien qui soignait un malade de la religion prétendue réformée devait l'en prévenir aussitôt; en 1699 le Maire envoie un ordre semblable ajoutant que les médecins et les chirurgiens sont obligés de porter des certificats des curés, constatant qu'ils pratiquent eux-mêmes la religion catholique; défense est faite de pratiquer la médecine à ceux qui ne présenteront pas lesdits certificats.

(1) Voir le numéro précédent.

sa disposition sur le corps et sa topographie varie avec les malades et les périodes de la maladie.

Les membres supérieurs sont le siège le plus fréquent de cette anesthésie à la température. Habituellement un seul membre est pris, avec la région adjacente du thorax et une partie de la face, soit du même côté, soit du côté opposé; un des membres inférieurs participe quelquefois à la distribution. Dans d'autres cas, comme dans celui de M. Déjerine, c'est la partie supérieure du tronc et les deux membres supérieurs qui sont anesthésiés. Mais il est plus simple de dire que la thermanesthésie ne reconnaît pas dans sa topographie de type habituel, car elle peut frapper tous les points du corps indistinctement et on ne sait jamais pourquoi une région est épargnée encore tandis que sa voisine est atteinte. Chose plus singulière encore, ce sont des lignes droites qui séparent les parties anesthésiées des parties saines, sans respect pour la distribution des troncs nerveux.

Rarement le sens de la température est aboli en entier Il est plutôt diminué. Le malade ne perçoit pas par exemple des différences de température de 10 à 20 degrés, mais il reconnaît les écarts plus accentués et distingue très bien l'eau chaude de l'eau très froide. Il y a même des cas où les erreurs sont beaucoup plus limitées et ne portent que sur un écart de 3 à 5 degrés. D'autre part la sensibilité thermique peut varier pour une même région, en un temps très court, et il arrive, comme le fait remarquer Roth, que le malade, ayant distingué plusieurs fois de suite une différence de 2 à 3 degrés, ne perçoive plus cinq minutes après une différence de 20 degrés. Il peut aussi y avoir perversion de la température, les objets froids paraissant chauds et inversement.

L'analgésie présente d'ordinaire la même marche et la même distribution que la thermanesthésie; elle se superpose en quelque sorte à cette dernière et occupe les mêmes régions qu'elle. Il est exceptionnel qu'elles existent l'une sans l'autre; cependant on a vu l'analgésie ne survenir que quatorze ans après la thermanesthésie, et d'autre part elle existe parfois dans des régions où la température est perçue d'une façon normale. Ceci montre donc qu'elles ne sont pas forcément liées, et qu'une dissociation peut s'opérer. Quelquefois, mais le fait est rare, on note un ralentissement de conductibilité des impressions douloureuses.

Le sens du tact est généralement normal. Le malade perçoit les attouchements, même dans les régions du corps qui sont analgésiques et qui ne réagissent pas à la température. Cependant on peut observer quelques exceptions et noter une diminution de la sensibilité tactile; sa distribution est alors celle des autres troubles de la sensibilité. Enfin, l'anesthésie peut frapper les divers modes de la sensibilité, tous à la fois, et ressembler à celle qui succède à une maladie de la moelle épinière; il peut même y avoir anesthésie générale comme dans un cas de Schüppel. Il est probable que ce phénomène est le résultat d'une localisation médullaire anormale et de la destruction de régions qui ne sont habituellement pas atteintes Le sens du lien et le sens musculaire ne sont presque jamais touchés.

Tôt ou tard, dans le cours de la maladie, les sujets éprouvent des sensations particulières qui ne répondent pas à la réalité, sensation de froid et de chaud, de fourmillement, de constriction, etc. Elles peuvent même être assez fortes pour dégénérer en douleurs réelles. Des douleurs névralgiques peuvent se montrer et coïncident fort bien avec l'analgésie. Elles apparaissent par accès, pendant quelques minutes ou quelques heures, ou par périodes, pendant des mois. Beaucoup de malades n'en ont jamais; elles constituent donc un phénomène surajouté, ou tout au moins très inconstant. Elles sont peut-être en rapport avec des accidents rhumatismaux développés antérieurement sur le malade.

Tous ces troubles de la sensibilité, qui jouent un des principaux rôles dans la symptomatologie de la syringomyélie, ne doivent pas surprendre quand on songe que le travail de néoformation, qui s'opère dans la moelle et les lacunes qui en sont le résultat, se localise de préférence dans les régions dévolues à la transmission des impressions sensibles. La commissure postérieure, la partie des cordons postérieurs qui l'avoisine, les cordons de Goll et les cornes postérieures sont les parties le plus souvent touchées, et leur destruction est dans certains cas presque complète. Mais, d'autre part, la perte de l'un ou l'autre des divers modes de la sensibilité, sensibilité tactile, thermique, douloureuse, etc., à l'exclusion des autres, fait qui est fréquemment observé, prouve une fois de plus l'existence dans la moelle de filets conducteurs distincts pour chaque genre de sensibilité et confirme les résultats fournis par la physiologie.

2° *Troubles trophiques.* — L'atrophie musculaire ne manque presque jamais; en général elle est un des symptômes du dé-

---

En 1728, la Faculté de Paris, alors en lutte avec les chirurgiens, envoyait aux facultés de province, une lettre-circulaire les invitant à se joindre à elle. Le doyen de Paris, Geoffroy demandait qu'on lui fit connaître « les griefs ou sujets de plaintes qu'ils (les médecins) pouvaient avoir contre les chirurgiens en général et les lieutenants de M. le premier chirurgien du Roi en particulier. Le doyen priait son confrère de Bordeaux de s'informer également près des communautés d'apothicaires, des plaintes analogues qu'elles avaient à formuler. Le collège fit rédiger par un de ses syndics un long mémoire, rappelant « le droit des médecins vis-à-vis des chirurgiens et les abus commis par ces derniers dans la pratique de la médecine et l'administration des remèdes. » Un peu plus tard, une circulaire analogue est encore adressée au collège, par le doyen de Paris, Col de Villars; celui-ci demande au collège ce qu'il pense des prétentions de M. le premier chirurgien du Roi et le collège répond en se plaignant de nouveau des chirurgiens.

En 1749, le collège, faisant valoir ses services, pétitionne pour qu'on l'érige en faculté. Jusqu'alors la Faculté de médecine n'avait guère fait parler d'elle. Sans importance, elle n'eut longtemps qu'un seul professeur, puis deux seulement; le collège déléguait deux de ses membres pour enseigner aux chirurgiens et aux apothicaires dans le local de la Faculté, et en cas de vacance d'un professeur, six membres du collège se rendaient à la Faculté, comme membres du jury. Les docteurs formés par la Faculté étaient obligés, s'ils voulaient exercer dans la ville, de passer devant le collège des examens spéciaux; toutes ces conditions la plaçaient dans un état d'infériorité réelle. Mais la Faculté faisait partie intégrante de l'Université, et le chancelier répondit, après sept ans d'instances, qu'il y aurait beaucoup d'inconvénients à admettre la transformation demandée et qu'il fallait « s'en tenir, à cet égard, à ce qui avait été pratiqué jusqu'à présent ». Cependant le collège ne perdit rien de son influence; c'est ainsi qu'il obtint en 1763, un édit du Roi stipulant que l'office de médecin royal serait désormais placé dans ses attributions et on le vit, à diverses reprises, toujours en désaccord avec la Faculté, les chirurgiens et l'autorité même, ne rien céder de ses privilèges.

L'histoire de la Faculté nous retiendra moins longtemps. L'Université de Bordeaux fondée le 7 juin 1441, par une bulle du pape Eugène IV, posséda dès le principe une faculté de médecine, mais

but, quelquefois cependant elle apparaît tardivement et longtemps après les autres symptômes. Il semble, en lisant les observations de syringomyélie, qu'elle soit même plus constante que les troubles de la sensibilité, car il en est beaucoup où elle est seule notée; en réalité il n'en est rien, et c'est seulement dans les observations anciennes où l'examen clinique n'était pas fait complètement et où le diagnostic clinique était presque toujours celui d'atrophie musculaire progressive, que l'on rencontre l'atrophie sans troubles de la sensibilité. Dans les observations plus récentes les deux symptômes coexistent d'une façon pour ainsi dire constante.

La distribution de l'atrophie rappelle parfois à s'y méprendre celle que l'on voit dans la maladie d'Aran-Duchenne; elle se localise d'abord dans les muscles de la main, gagne ensuite ceux du bras et de l'épaule et progresse avec régularité et en affectant une symétrie parfaite. L'illusion est plus complète et l'on s'explique les erreurs de diagnostic qui ont été faites quand l'examen de la sensibilité n'avait pas été pratiqué d'une façon minutieuse.

Ce type est rare et il est plus habituel de rencontrer une distribution plus irrégulière de l'atrophie musculaire et sa localisation à un ou plusieurs membres.

Un membre supérieur n'est jamais atteint seul, à l'exclusion des autres régions du corps, mais il est fréquent d'observer une atrophie musculaire très marquée sur un des membres supérieurs, alors que l'autre est à peine touché. De même, l'atrophie peut se borner pendant longtemps à un seul côté, et n'envahir l'autre que tardivement et sans aucune apparence de symétrie, ainsi qu'il résulte de plusieurs cas de Roth.

Mlle Baümler note que, dans 13 cas de syringomyélie sur 112, l'atrophie s'était localisée aux deux membres supérieurs.

Souvent les membres du tronc sont un peu atrophiés.

Jamais un des membres inférieurs n'a été seul atteint, mais une fois ils ont été touchés tous les deux alors que les membres supérieurs étaient intacts (Obs. de Lenhossek). Dans trois cas, les quatre membres ont été atrophiés; mais en revanche, à de fréquentes reprises, l'atrophie a manifesté des tendances à la généralisation.

En général, l'atrophie musculaire n'affecte pas de localisation précise; elle frappe de préférence les membres supérieurs, mais se distribue sur eux très irrégulièrement et sans qu'il y ait symétrie entre les parties atteintes. Un muscle est frappé, sans que le muscle du côté opposé le soit nécessairement aussi. Elle débute d'abord par une main ou une épaule, puis atteint l'autre plus ou moins longtemps après et avec une intensité différente. Le degré de l'atrophie n'est jamais aussi considérable aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs; habituellement même ils ne présentent aucune lésion. La généralisation, quand elle se fait, affecte une certaine régularité dans sa marche et reproduit assez bien le type Aran-Duchenne.

La contractilité galvanique et faradique est perdue ou tout au moins diminuée dans les muscles atrophiés, qui présentent aussi une réaction de dégénérescence plus ou moins accusée selon le degré de l'atrophie.

Des tressaillements convulsifs, des mouvements fibrillaires et fasciculaires ne sont pas rares dans les muscles en voie d'atrophie; ils le sont cependant plus que dans l'atrophie progressive. Les crampes ne s'observent que dans quelques cas et seulement quand l'atrophie manifeste une tendance à la généralisation. Elles paraissent être en rapport avec des lésions dans les cordons latéraux, consécutives aux lésions primitives péri-épendymaires.

Les troubles trophiques, autres que l'atrophie musculaire, sont nombreux et très variables quant à leur siège et à leurs manifestations.

La peau présente souvent, à la main, des épaississements épidermiques, des callosités, des crevasses profondes, surtout chez les ouvriers exposés à des contacts irritants, des ampoules, des phlegmons, des panaris, etc. Très fréquemment ces symptômes sont ceux qui attirent les premiers l'attention, et ils peuvent précéder de quelques mois et de quelques années les troubles de la sensibilité et l'atrophie musculaire. Il en est de même de diverses éruptions, eczéma sec, impétigo, psoriasis, herpès, etc., qui sont les premiers signes d'une irritation des centres trophiques. Dans le tissu cellulaire sous-cutané on peut rencontrer des tumeurs pâtenses, se résolvant à la longue et qui rappellent les nodosités rhumatismales; Roth en cite un cas.

Les os et les tendons peuvent être, eux aussi, le siège de lésions trophiques: épaississements des extrémités osseuses, luxations, fractures. Ces dernières se produisent, comme celles des ataxiques, à l'occasion d'un mouvement insignifiant et ne déterminent que peu de douleur. Ces lésions trophiques sont assez rares et sont dues vraisemblablement à une nutrition vicieuse des parties, par suite de la lésion médullaire. Il est certain aussi que la myélopathie peut ne créer que des condi-

---

nous venons de faire remarquer que son rôle était à peu près nul. Que pouvaient ses deux professeurs? Les statuts de l'Université parlent bien de maîtres, de docteurs, de licenciés, de bacheliers en médecine, mais ils sont muets sur les matières enseignées, l'ordre consacré aux leçons, etc.; s'il faut en croire les plaintes du collège, le cours d'anatomie, par exemple, durait dix jours et en réalité, pendant longtemps, la Faculté ne put donner à ses élèves que quatre cours, grâce aux deux confiés à des membres de l'établissement rival, le Collège des médecins. M. Péry nous fait connaître d'intéressants détails sur les professeurs de la Faculté, les thèses soutenues devant elle, les incidents auxquels donnait lieu la nomination des professeurs, etc. En réalité la Faculté, conformément aux lois, possédait bien le privilège de la collation des grades, mais les grades n'avaient aucune valeur à Bordeaux.

La communauté des barbiers et chirurgiens mérite de fixer l'attention. Son organisation, analogue à celle de plusieurs villes du royaume, s'en distingue sur quelques points. La communauté avait quatre bayles chargés de la réception des candidats. Les plus anciens documents retrouvés par M. Péry, en ce qui concerne cette confrérie, sont des statuts du 27 juillet 1414. En 1596, le premier barbier du Roi devenait le chef de la communauté des chirurgiens de Bordeaux, mais cela ne fut pas admis sans difficulté par les Bordelais, qui ne reconnurent qu'en 1604 la suprématie de leur confrère de Paris. Ils ne tardèrent pas à essayer de secouer un joug qui leur était pénible, émirent la prétention de nommer eux-mêmes le lieutenant de M. le premier chirurgien du Roi, ce à quoi ce dernier voulait bien consentir, moyennant le paiement d'une somme de deux mille écus. M. Péry a retrouvé à ce sujet une lettre fort curieuse de Félix qui stipule cette condition. Il a retrouvé également, dans deux manuscrits précieux rédigés par l'abbé Beaurein, archiviste de la ville en 1771, quel fut l'enseignement de la chirurgie à Bordeaux de l'an 1577 à la Révolution. L'ouverture des écoles de chirurgie dues à l'initiative de la communauté, eut lieu le 19 juin 1755, avec une pompe peu ordinaire: la compagnie fit distribuer une barrique de vin au peuple; un souper, un feu d'artifice terminèrent l'inauguration. Ces écoles s'appelèrent le Collège de Saint-Côme; leur amphithéâtre, l'Amphithéâtre de Saint-Côme, et lorsque plus tard le Parlement eût accordé aux chirurgiens de Bordeaux le port de la robe longue et du bonnet carré, rien ne dut manquer à leur bonheur!

tions locales qui favorisent la transformation de la moindre plaie en un phlegmon à cicatrisation fort lente.

Les troubles vaso-moteurs, pas plus que les précédents, n'ont guère été étudiés par les auteurs allemands. Mlle Baümler, dans sa monographie pourtant fort complète, en parle à peine. On ne trouve de détails sur eux que dans les observations françaises et dans le travail de M. Roth. Ils sont cependant fréquents. Il y a fréquemment de la paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs cutanés, limitée à un côté du corps ou étendue à toute la surface de la peau, et comme conséquence, des hyperémies locales et de la rougeur en plaques. Un sillon tracé sur la peau persiste pendant un temps très long sous forme d'une raie rouge. D'autres fois, il y a stase veineuse et refroidissement des membres.

Les sueurs sont augmentées surtout dans la région anesthésiée, et quelquefois elles sont tellement abondantes qu'elles deviennent une véritable gêne pour le malade.

Il y a parfois de l'inégalité pupillaire, les pupilles conservant leur excitabilité réflexe, mais l'une réagissant moins vivement que l'autre.

3° *Troubles de la motilité.* — En raison même de l'atrophie de certains groupes musculaires on observe toujours une parésie qui se manifeste sur le membre atteint. Cette parésie est purement fonctionnelle et tient à l'impossibilité où se trouvent les muscles atteints d'exécuter en leur entier les mouvements qui leur sont commandés. Elle consiste en une maladresse de la main et en une certaine difficulté à écrire et à saisir les objets. L'atrophie détermine une griffe spéciale de la main qui contribue beaucoup à augmenter cette maladresse.

Mais en dehors de la parésie qu'engendre l'atrophie musculaire, il est fréquent de constater des troubles de la motilité, parésie, paralysie avec ou sans contracture, qui sont directement sous la dépendance de la lésion de la moelle. Dans quelques cas, une paralysie généralisée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs s'est montrée à la fin de la maladie. Ces paralysies peuvent, comme l'anesthésie et l'atrophie musculaire, revêtir les types les plus différents : paralysie spinale de l'enfance, sclérose latérale amyotrophique (cas de Kahler et Pick, de Schultze), paralysie bulbaire (Westphal), etc. ; elles sont sous la dépendance, soit d'un envahissement des cordons latéraux par les cavités développées dans la moelle, soit d'une lésion en foyer consécutive au processus de la syringomyélie, tumeur, hémorrhagie, ramollissement. En particulier on a souvent constaté une lésion des noyaux bulbaires survenant à la fin de la maladie (Clarke, Westphal, Simon, Leyden, Schultze, Reisinger, etc.).

Très souvent des troubles de la vue sont la conséquence du processus morbide : paralysie des muscles de l'accommodation, amblyopie, amaurose. Mlle Baümler les a notés dans 12 observations. Schüle a observé un cas d'atrophie du nerf optique.

Des mouvements ataxiques se montrent lorsque les cordons postérieurs sont atteints et peuvent faire croire à une myélite systématique. Les autopsies ont toujours montré que dans ces cas la lésion s'était étendue aux cordons médullaires qui assurent la coordination des mouvements.

Dans quelques cas on a vu de la polyurie (Meyer, Westphal, Krauss, Schultze).

III

La marche de la maladie est extrêmement lente. Le malade peut rester des années entières sans éprouver la moindre aggravation dans son état. C'est le cas du malade de Déjerine dont nous avons donné l'observation. Puis subitement elle reçoit comme un coup de fouet qui lui fait faire un bond en avant, pour s'arrêter encore et recommencer plus tard. Cette marche est donc très irrégulière et établit une différence notable entre la syringomyélie et l'atrophie musculaire progressive. Ce sont les troubles trophiques, eczémas, dartres, panaris qui ouvrent la scène; quelques années plus tard apparaissent les anesthésies, limitées d'abord et s'étendant peu à peu; l'atrophie musculaire vient alors accompagnée de troubles parétiques et suit la marche irrégulière que nous connaissons. Mais ce schéma est loin d'être la règle; souvent tous ces symptômes s'entremêlent et comme l'affection passe presque toujours inaperçue au début, on les trouve tous quand on examine le malade et ce n'est que par les renseignements qu'il fournit qu'on peut établir la succession de ces phénomènes.

La mort arrive quelquefois par suite de l'extension du processus morbide à une région vitale, paralysie bulbaire par exemple, mais le plus souvent par une maladie accidentelle, telle qu'un phlegmon.

Quant à la guérison, elle ne paraît pas possible, mais les rémissions de longue durée que présente la maladie en rendent le pronostic beaucoup moins sombre.

Il est difficile d'indiquer ses causes, les observations sont encore trop peu nombreuses pour cela. Ce que l'on peut dire,

---

Cette partie du livre de M. Péry est des plus attachantes; il nous initie à tous les détails de l'existence de la Compagnie, il fait revivre à l'aide d'archives inédites les anciens médecins, les vieux chirurgiens de Bordeaux que les biographies générales les plus complètes connaissent à peine, ou même ne connaissent pas du tout. L'histoire des premiers établissements hospitaliers de la ville, celle de l'École de médecine, tous les pourparlers, toutes les démarches et vicissitudes relatives à la transformation de cette école en faculté, terminent l'ouvrage de notre laborieux confrère, ouvrage qui lui fait grand honneur. Rempli de documents authentiques, accompagné de belles planches, de plans et de bonnes tables, sa lecture est des plus attrayantes.

Dr A. Dureau.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 3 avril. — Il sera clos le samedi 4 mai à 3 heures.

***

Ecole de médecine de Besançon. — M. Fillion, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, des cours de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Pozzi, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

***

Assainissement de la Seine. — Lundi dernier la Chambre des députés a voté sans modifications le projet de loi sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine, projet de loi déjà adopté par le Sénat.

c'est qu'elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et qu'elle apparaît de préférence de quinze à trente-cinq ans. Quant aux causes déterminantes on ne les connaît pas. On a invoqué la misère, le traumatisme, l'épuisement, des maladies fébriles, mais ces causes sont vagues et n'expliquent rien. On a soupçonné un processus consécutif à une infection microbienne en se fondant sur la ressemblance des symptômes observés dans quelques cas de syringomyélie avec ceux de la lèpre, mais c'est là une simple hypothèse que rien n'est encore venu confirmer. Le début de la maladie pendant la jeunesse et les rapports étroits qu'elle présente avec l'hydromyélie permettent avec plus de raison de penser qu'elle est la conséquence d'un développement embryologique anormal et d'une nutrition vicieuse des parties constitutives des régions centrales de la moelle, mais là encore on ne peut faire que des suppositions.

(*A suivre*) Georges Lemoine (de Lille).

POLICLINIQUE

Sur la tuméfaction parotidienne dans la grippe, par le Dr Fiessinger, d'Oyonnax (Ain.)

I

Au cours d'une épidémie de grippe qui a sévi fortement à Oyonnax dans les mois de novembre et décembre derniers, notre attention a été frappée par un symptôme bizarre qui n'a pas encore, que nous sachions, été indiqué au cours de cette maladie. — Il s'agit d'une tuméfaction siégeant en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, tuméfaction plus ou moins marquée, quelquefois presque inappréciable, se produisant le plus souvent au début, plus rarement au cours de la maladie, et disparaissant par résolution dans un laps de temps variant de 3 à 7 jours. Les enfants disent qu'ils ont mal aux dents ou aux oreilles, mais se plaignent de cette douleur rarement plus de deux ou trois jours. Les symptômes précédents semblent se rattacher à une tuméfaction de la glande parotide et, fait important à noter, il n'existe pas un cas d'oreillons dans toute la région.

Les observations qui suivent signalent cette tuméfaction d'une façon plus ou moins nette. — Les deux premières observations ne mentionnent que la douleur.

Observation I.

Grippe; guérison en 4 jours.

G..., fillette de 6 ans 1/2, tombe malade le 16 décembre. — Depuis quelques jours, agitation la nuit, inappétence, coryza, toux sèche.

16 décembre, au matin, frisson.

T. m. 39,3; P. m. 132.
T. s. 39; P. s. 148.

Se plaint d'une douleur au niveau de la partie postérieure droite de la face, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur et remontant vers l'oreille. — Douleur à la pression très vive. — Pas de gonflement marqué. — Pas de rougeurs à la gorge, les mouvements de la mâchoire douloureux.

Le 17. T. m. 40,4; P. m 144.
T. s. 41; P. s. 152.

Délire toute la nuit. Nausées. — Pas de diarrhée; mais fortes douleurs dans le ventre. — Violent mal de tête.

Le 18. *La douleur à la pression au niveau de la loge parotidienne a fortement diminué.* — Constipation. — Ventre peu ballonné. — Dans la poitrine, sibilances. — Groupes de vésicules d'herpès sous le menton. — Vers le soir sueurs aux tempes.

T. m. 40,4; P. m. 132.
T. s. 40,9; P. s. 140.

Le 19. *La douleur de la loge parotidienne a disparu.* — Ne se plaint plus du ventre ni de la tête. — Défervescence.

T. m. 37,9; P. m. 96.
T. s. 37,8; P. s. 100.

Observation II.

Grippe; diarrhée, congestion pulmonaire. Guérison en 8 jours.

M..., garçon de cinq ans; tombe malade le 13 décembre 1888. — Frissons répétés. — Mal de tête. — Vomissements alimentaires. — *Se plaint beaucoup des dents du côté gauche; douleur vive à la pression au niveau de la loge parotidienne.* — Pas de gonflement marqué. — Vésicules d'herpès à la tempe droite.

Une cuillerée d'huile de ricin. — Le soir et les jours suivants potion avec 25 centigrammes de quinine.

14 décembre. T. m. 40,4; P. m. 130
T. s. 40; P. s. 132.

3 selles diarrhéiques. — Pas de rougeurs à la gorge. — *La douleur à la pression au niveau de la parotide a à peu près disparu.*

Le 15. T. m. 38,2; P. m. 124.
T. s. 40,3; P. s. 100,

Rhonchus, ventre ballonné, 4 selles diarrhéiques.

Le 16. T. m. 40,3; P. m. 108.
T. s. 40,2; P. m. 108.

Vésicules d'herpès à l'oreille droite. — Epistaxis. — Forte oppression. — Pas de râles dans les bronches.

Le 17. T. m. 40,4; P. m. 108.
T. s. 40; P. s. 100.

Traces d'albumine dans les urines. — 4 selles diarrhéiques.

Le 18. T. m. 39,2; P. m. 102.
T. s. 39,6; P. s. 100.

A la base gauche, en arrière, submatité, souffle et râles crépitants. Râles humides à la base droite.

Le 19. T. m. 38,7; P. m. 96.
T. s. 39,9; P. s. 108.

Le 20. T. m. 38,4; P. m. 96.
T. s. 38,6; P. s. 92.

Disparition du souffle et des râles.

Le 21. T. m. 37,8; P. m. 88.
T. s. 37,2; P. s. 84.

Dans ces deux premières observations la tuméfaction parotidienne n'a pas été perceptible. Une douleur spontanée accusée par l'enfant et vive à la pression, des douleurs à la mastication, durant environ 48 heures à 3 jours, ont été les seuls symptômes constatés.

Les observations suivantes mentionnent à côté de la douleur, la tuméfaction.

Observation III.

Grippe bénigne; guérison en 5 jours.

Enfant C...; fillette de 3 ans 1/2, a déjà eu la grippe au printemps. — Elle tombe malade le 13 décembre. — Se plaint du ventre. — Pas de diarrhée.

Le 14 décembre. T. m. 39,2; P. m. 104.
T. s. 39,7; P. s. 168.

Toux rare. — N'a pas saigné du nez. — Se plaint d'une douleur au-dessous et en avant de l'oreille droite. — La douleur à la pression est fort vive. *On constate un gonflement très apparent au niveau de la parotide.* — *Les mouvements de la mâchoire sont douloureux.*

Le 15. T. m. 39; P. m. 136.
T. s. 39,7; P. s. 152.

Le gonflement est moins marqué.

Le 16. T. m. 38,4; P. m. 152.
T. s. 38; P. s. 120.

Gonflement disparu.

Le 17. T. m. 37,2; P. m. 120.

OBSERVATION IV.

Grippe bénigne. — Guérison en 8 jours.

Enfant R..., 4 ans, fillette très forte, tombe malade le 8 janvier au matin. — *Se plaint du mal d'oreilles et du mal de dents du côté droit.* — Toux sèche. — A saigné du nez.

9 janvier. T. m. 39,6; P. m. 160.
T. s. 39,6; P. s. 184.

Douleur vive à la pression au niveau de la région parotidienne droite. — Tuméfaction très appréciable à ce niveau, comparable à celle des oreillons. — Mouvements de la mâchoire douloureux. — La gorge est rouge. — Toux sèche.

Le 10. T. m 39; P. m. 156.
T. s. 39,4; P. s. 152.

(Potion avec 20 centigrammes de sulfate de quinine). — *Se plaint beaucoup moins de la douleur parotidienne. — Le gonflement diminue.*

Le 11. T. m. 39,4; P. m. 164.
T. s. 39; P. s. 144.

Constipation. — *Gonflement léger persistant au niveau de la parotide*

Le 12. T. m. 38,8; P. m. 144.
T. s. 38,8; P. s. 144.
Le 13. T. m. 38,2; P. m. 148.
T. s. 38,7; P. s. 128.
Le 14. T. m. 38,8; P. m. 144.
T. s. 38,8; P. s. 140.

Gonflement imperceptible.

Le 15. T. m. 38,4; P. m. 140.
T. s. 38; P. s. 136.
Le 16. T. m. 37,6; P. m. 140.

Gonflement disparu.

Dans l'observation suivante le gonflement parotidien, au lieu de survenir au début, se produit au cours de la maladie.

OBSERVATION V.

Grippe grave. — Guérison en 8 jours.

Enfant M.... âgée de 3 ans, tombe malade le 24 décembre, à midi. — Inappétence. — Ventre ballonné. — Diarrhée légère.

24 décembre. T. s. 39,9; P. s. 140.
Le 25. T. m. 39,9; P. m. 128.
T. s. 40,2; P. s. 136.

Douleurs dans le ventre. — Rhonchus dans la poitrine.

Le 26. T. m. 40,2; P. m 136.
T. s. 39,8; P. s. 128.

(Sulfate de quinine 15 centig. en potion).

Le 27. T. m. 40,6; P. m. 150.
T. s. 40,4; P. s. 136.

Râles sous-crépitants moyens à la base du poumon gauche.

Le 28. T. m. 41; P. m. 156.
T. s. 40,8; P. s. 156.

Douleur spontanée et à la pression en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur (côté droit). — L'enfant se plaint surtout des dents. — Râles sous-crépitants aux 2 bases.

Le 29. T. m. 40,4; P. m. 136.
T. s. 40,6; P. s. 144.

La tuméfaction est moindre. — L'enfant ne délire pas, malgré l'élévation persistante de la température.

Le 30. T. m. 40; P. m. 136.
T. s. 39,2; P. s. 108.

La tuméfaction a disparu.

Le 31. T. m. 38,6; P. m. 100.
T. s. 37.

L'observation suivante est très curieuse. — Il s'agit d'une fillette de 5 ans, ayant son frère alité pour une grippe à forme grave. — Ce dernier, qui a été malade pendant près de 20 jours, se serait, au dire des parents, plaint des dents, les premiers jours, avant notre arrivée. — Chez la sœur, la tuméfaction parotidienne a envahi les deux côtés, et cela, dès le début.

OBSERVATION VI.

Antoinette C..., 5 ans, tombe malade le 12 décembre et se couche à côté de son petit frère, âgé de 3 ans, atteint de grippe depuis 15 jours. — Inappétence. — Vomissements alimentaires.

13 décembre. *Gonflement apparent, douleur spontanée et vive à la pression en arrière et sous la branche montante du maxillaire inférieur (côté gauche).*

Le 14. *La région parotidienne est tuméfiée du côté droit, ainsi que du côté gauche. — Douleurs des deux côtés.*

T. m. 40;
T. s. 40,4;

Sibilances dans les bronches. — Potion avec 25 centig. sulfate de quinine.

Le 15. T. m. 38,4; P. m. 100.
T. s. 37; P. s. 92.

La tuméfaction a augmenté des deux côtés. — L'enfant est défigurée; en même temps que la tuméfaction a augmenté, la fièvre a baissé.

Le 16. T. m. 36,8; P. 92.

La tuméfaction est moins sensible et disparaît dans les 48 heures qui suivent.

II

Le symptôme sur lequel nous attirons l'attention ne doit pas être bien rare. Nous nous souvenons de nombre de cas de grippe où les parents nous disaient que leurs enfants se plaignaient du mal de dents. Nous n'attachions aucune importance à la chose, jusqu'au jour où nous nous sommes assuré qu'il existait une mastication pénible et, dans la région parotidienne, une douleur vive avec souvent une tuméfaction assez forte pour être constatée par l'entourage.

Encore une fois, il n'existait aucun cas d'oreillons dans le pays, au moment où cette tuméfaction douloureuse de la parotide était constatée, et cela est bien étrange, puisqu'au cours des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, typhus exanthématique, scarlatine, etc) on constate bien des parotides terminées le plus souvent par suppuration et s'annonçant par une aggravation de l'état général préexistant, mais nullement de ces fluxions parotidiennes bénignes et passagères, comme celles que nous avons observées dans la grippe.

Et d'abord, dans nos observations, la parotide est-elle réellement en jeu?

La douleur et la tuméfaction, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, éloignent l'idée d'une localisation dans les ganglions lymphatiques ou les glandes sous-maxillaires. — Nous ne voyons pas où pourrait siéger le mal si la parotide était intacte. — Néanmoins l'intensité de la lésion est loin d'être identique. — Elle peut ne se révéler que par la douleur sans tuméfaction (Obs. I et II). Quand il y a tuméfaction, cette dernière dure 2 à 3 jours (Obs. III et IV), 6 jours (Obs. VI) et 7 jours (Obs. IV). — D'ordinaire elle est unilatérale (côté droit, Obs. III, IV, V); mais elle peut occuper les deux côtés (Obs. VI).

Que dans tous ces cas, nous ayons eu affaire à la grippe, cela

nous semble prouvé par la constitution médicale régnante, l'absence d'oreillons dans la région, les symptômes pulmonaires constants et encore la gradation insensible qui reliait les cas bénins aux cas les plus graves.

L'observation VI, à cet égard est bien intéressante. — Une fillette de 6 ans a son frère atteint de grippe. — Elle-même tombe malade; mais chez elle la tuméfaction parotidienne est prononcée et envahit les deux côtés. — La fièvre baisse pendant que la tuméfaction augmente, comme s'il y avait eu absorption par la parotide tuméfiée des germes infectieux contenus dans le sang. — La maladie se concentre sur les parotides et la fièvre tombe le 4e jour.

Aussi bien, il nous semble que c'est là l'explication la plus plausible de cette lésion.

Griesinger explique les parotides dans les maladies infectieuses par propagation d'une inflammation de la gorge aux conduits salivaires. — Schützenberger, Welter et Crocq admettent de même une théorie d'infection locale, par lésions de la bouche propageant l'inflammation jusqu'à la parotide.

Hors un cas (Obs. IV) nous n'avons pas note de rougeurs dans la gorge. — Nous n'avons pas trouvé de lésions buccales, et dans des cas de grippe, où nous avons découvert ces dernières, la tuméfaction parotidienne n'a pas existé.

Nous croyons donc, plutôt qu'à une infection locale, à une infection de cause générale, peut-être, à une sorte de décharge bacillaire sur la parotide, cette dernière étant produite par des organismes qui n'entraînent pas la suppuration.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DES TUMEURS.

(Suite et fin.) (1).

XII. — SUR UN CAS D'ANGIOSARCOMES MULTIPLES DE LA PIE-MÈRE SPINALE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE HYALINE, par le Dr E. CRAMER, de Marburg. Dissertation inaugurale, *analysée in Fortschritte der Medicin* 1889, n° 1, p. 16.

XIII. — SUR UNE TUMEUR KYSTIQUE DU FOIE, (cysto-adéome des canalicules biliaires), par le Dr SIEGMUND, de Göttingen. *Virchow's Archiv.* T. CXV, fasc. 1, p. 155, 1889.

XIV. — FIBROMES MULTIPLES DE LA PEAU, DES NERFS, ET DES GANGLIONS, AVEC TRANSFORMATION EN SARCOMES, par le Dr WESTPHALEN, de Dorpat. *Ibidem.* T. CXIV, fasc. 1, p. 29, 1888.

XV. — RÉSULTATS DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE D'UN MYOSARCOME DU FASCIA LATA, par le Dr L. HELLMANN, de Würzburg, *Ibidem*, fasc. 2, p. 375, 1888.

XII. — Un homme de 42 ans succomba après avoir présenté, de son vivant, les symptômes d'une tumeur de la moelle (portion lombaire). A son autopsie, on trouva, sur toute la longueur de la moelle, un nombre considérable de tumeurs, quelques-unes très volumineuses, implantées à la surface du névraxe, et ne pénétrant le tissu de la moelle que par places; il s'en trouvait également, et de très volumineuses, sur et entre les cordons qui constituent la queue de cheval, avec laquelle elles adhéraient très intimement.

La partie inférieure de la queue de cheval était transformée en un épais cordon de tissu néoplasié, sur une longueur de 18 centimètres.

L'examen histologique a montré que les tumeurs en question étaient constituées par des cellules polymorphes, à noyaux en forme de vésicules, cellules arrondies, ovalaires, cubiques ou cylindriques, de dimensions très variables. Les tumeurs se distinguaient en outre par leur grande richesse en vaisseaux, en foyers hémorrhagiques et en pigment sanguin. De plus, ou découvrait des masses hyalines en forme de sphère ou de massue, et qui paraissaient manifestement provenir les unes des cellules mêmes du néoplasme, d'autres de la tunique adventice des vaisseaux, des capillaires principalement.

Du côté des vaisseaux, les altérations avaient consisté d'abord en une prolifération des cellules du boyau endothélial. L'intervention de ces masses hyalines avait pour conséquence de communiquer aux cellules néoplasiées une disposition en forme de brides ou de travées, d'où résultait l'aspect caractéristique d'un cylindrôme.

Pour ce qui concerne la question de savoir si ces cylindrômes doivent être rattachés aux sarcomes ou aux carcinomes, l'auteur fait valoir qu'ils dérivent du feuillet embryonnaire moyen, que partant ils doivent être rattachés aux sarcomes.

XIII. — M. Siegmund a fait, sous la direction du professeur Orth, de Gœttingue, l'examen histologique d'un foie provenant d'une femme morte à l'âge de 63 ans, après quatre semaines de maladie. Depuis vingt ans, à la suite d'une couche, elle s'était aperçue de l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre droit, et depuis cette époque, elle était sujette à la constipation. Depuis sept ans elle souffrait dans la région du foie. Le médecin traitant ne vit la malade que quelques instants avant le dénouement fatal.

Le foie (2.610 grammes) était en grande partie occupé par une tumeur composée d'un grand nombre de kystes, ceux-ci de dimensions très variables. Ces kystes, séparés par des cloisons conjonctives sans traces de tissu conjonctif, étaient distendus par du liquide jaunâtre, qui donnait un dépôt floconneux. Le liquide ne renfermait pas de matière colorante biliaire.

Les résultats de l'examen histologique de la tumeur et du foie ont été résumés dans ces termes, par l'auteur : Dans certaines portions d'un foie envahi par une inflammation interstitielle s'est faite une néoformation en masse de canalicules biliaires, avec distension kystique de leurs culs-de-sac terminaux ou de leurs diverticules latéraux. Les kystes, à l'exception des plus petits, étaient, par le mécanisme de l'étranglement, transformés en cavités closes. Le début de cette tumeur kystique remontait à sept années au moins.

Passant ensuite en revue les différentes hypothèses qu'on peut émettre au sujet de la pathogénie et de la nature de ces productions kystiques, l'auteur arrive à cette conclusion, qu'il s'agissait de véritables néoplasies, de cysto-adéomes des canalicules biliaires.

A noter que dans le cas en question, les reins n'étaient pas altérés.

XIV. — A l'autopsie d'une femme de 45 ans, enlevée par une pneumonie compliquée d'une pleurésie purulente enkystée, M. Westphalen a découvert dans les diverses régions du corps, paume de la main et plante des pieds exceptées, des petites tumeurs, en rapport de continuité avec les nerfs, notamment avec les ramifications du grand sympathique. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de petits fibromes formés par du tissu conjonctif, produit de la prolifération de l'endonèvre; le périnèvre ne participait que peu ou point à cette prolifération. En certains endroits, le stroma conjonctif

(1) Voir les numéros précédents.

de ces petites tumeurs rappelait davantage la structure du tissu muqueux, et englobait des cellules plus volumineuses, pourvues de prolongements ténus. Les petits fibromes en connexion avec le grand sympathique offraient la même structure que ceux qui se reliaient aux nerfs spinaux.

En outre, un certain nombre de ganglions du grand sympathique, des ganglions intervertébraux notamment, étaient le siège d'une prolifération de tissu conjonctif. Sur des préparations microscopiques provenant de ces ganglions, les cellules figuraient en nombre relativement peu considérable, sans que l'auteur veuille affirmer pour cela, qu'il y a eu destruction de ces éléments cellulaires.

Enfin, dans la région cervicale du côté gauche, on découvrit une tumeur du volume d'une orange, qui paraissait être en connexion avec le cinquième nerf cervical, et semblait provenir de la transformation du cinquième ganglion intervébral, à en juger par les résultats de l'examen histologique. Cette tumeur était ramollie en son centre. Dans la plus grande partie de sa masse, elle présentait les caractères des fibromes, mais dans son tiers environ, parties postérieure et centrale, elle avait une structure nettement sarcomateuse : sur une surface de coupe, l'aspect était celui d'un amas de cellules arrondies, ovalaires ou fusiformes, de dimensions variables et munies d'un gros noyau en forme de vésicule.

— XV. Une femme de 59 ans se présenta à l'hôpital de Wurzburg, avec une tumeur du volume d'un poing d'adulte, dans la région du triangle de Scarpa. Le début de la tumeur remontait à sept mois. La peau avait, au siège du néoplasme, un aspect normal. Forme arrondie, sensation de fausse fluctuation. La tumeur ne se laissait déplacer que difficilement. On procéda à son extirpation ; elle était adhérente, par une large base, au fascia lata; de plus une sorte de pédicule rattachait la tumeur à la gaîne des vaisseaux. Cicatrisation par première intention.

Sur une surface de coupe, la tumeur était constituée en majeure partie par un tissu grisâtre homogène, traversé par des parties jaunâtres ressemblant à du mucus. Par places on découvrait des îlots rougeâtres, ou de coloration plus foncée (foyers hémorrhagiques). En certains endroits, ces foyers ainsi que les îlots de mucus présentaient des dimensions considérables, constituant de véritables kystes remplis de mucus et de sang et dont les dimensions atteignaient jusqu'à celles d'une cerise.

Les éléments cellulaires du néoplasme étaient représentés par des cellules, les unes arrondies, les autres fusiformes, ces dernières plus nombreuses, le tout entremêlé sans ordre. Dans toutes ses parties la tumeur était très vasculaire ; les parois des vaisseaux étaient constituées par des cellules fusiformes. En maints endroits il existait une disproportion manifeste entre l'épaisseur des parois et la lumière des vaisseaux. Les éléments cellulaires étaient particulièrement nombreux au voisinage des vaisseaux. Sur ces éléments, on pouvait constater tous les stades possibles de la prolifération nucléaire. Enfin la substance intercellulaire était constituée par de la mucine. Dans toutes les parties de la tumeur, un grand nombre de vaisseaux étaient thrombosés; nulle part on ne pouvait découvrir de traces d'une organisation de ces thrombus. Par contre, dans l'épaisseur et au voisinage de ceux-ci il s'était fait une accumulation de cellules lymphoïdes, dont la disposition était de nature à faire admettre la préexistence d'un travail inflammatoire. Les hémorrhagies avaient principalement pour siège les parties riches en mucus.

E. Ricklin.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

— S. Neisser. Sur l'épithélioma (ou molluscum) contagieux. *Vierteljarhsschtift für Dermatologie und Syphilis* 1888, fasc. 4.

— C. M. Hopmann. Sur les tumeurs verruqueuses (papillomes) de la muqueuse des voies respiratoires. *Volkmann's Sammlung, Klin. Vortrage*, N° 315. 1888. E. R.

BIBLIOGRAPHIE

De la chlorose fébrile, par le Dr Trazit.

On a pu croire longtemps que la chlorose était par essence une maladie *apyrétique*, au point que l'apparition intercurrente d'un état fébrile, même léger, impliquait nécessairement le soupçon d'une phlegmasie coïncidente. Une opinion aussi absolue ne saurait subsister devant l'analyse de certains faits cliniques, où toutes causes d'erreur bien et dûment écartées, on a dû imputer à la chlorose elle-même l'origine d'une exagération thermique nettement constatée. Cette conclusion ressort avec évidence de l'ensemble des faits groupés par M. Trazit dans son intéressant travail. La fièvre chlorotique est donc une réalité, mais elle est pourvue de caractères propres qui en rendent le diagnostic relativement facile. C'est d'abord l'absence ordinaire des accidents fébriles proprement dits (modifications urinaires, dénutrition rapide, etc.). C'est pareillement l'absence de type uniforme, régulier, comme celui que l'on retrouve dans presque toutes les maladies infectieuses ou aiguës. On pourrait citer encore d'autres différences, mais celles que nous venons de signaler suffisent à indiquer nettement les caractères particuliers de la fièvre liée à la chlorose.

Pour expliquer l'origine de ces accidents pyrétiques liés à un état qui avait longtemps passé pour hypothermisant, les théories n'ont pas manqué. La meilleure paraît être celle qui invoque un trouble des centres nerveux, trouble imputable lui-même à la constitution vicieuse du liquide sanguin. On peut invoquer comme un argument en faveur de cette hypothèse, la coïncidence fréquente de phénomènes purement nerveux et particulièrement l'apparition d'une tachycardie souvent très pénible pour les malades. M. Trazit, qui se prononce pour la théorie nerveuse, a tiré parti de ce rapprochement et fait remarquer avec raison, que ces divers phénomènes : fièvre, troubles nerveux, tachycardie, se trouvent habituellement réunis, et à un haut degré, dans la maladie de Basedow, névrose centrale qui offre avec la chlorose une étroite parenté.

Contribution a l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, par le Dr Planchard.

En dépit des efforts tentés à l'étranger et particulièrement en Allemagne pour assigner une place distincte en pathologie à cette catégorie de faits que Biermer a désignés sous le nom d'*anémie pernicieuse progressive*, la grande majorité des médecins français s'est refusée jusqu'à présent à souscrire à cette prétention et continue à contester l'existence de cette soi-disant entité morbide. On ne peut que les féliciter de cette résistance à accepter une création pathologique dont la conception repose bien plutôt sur une vue de l'esprit que sur la logique de faits rigoureusement observés. Nous avons parcouru, pour notre part, un certain nombre de publications qui ont été consacrées à l'étude de cette maladie sans avoir emporté de cette lecture une conviction que le plus simple examen critique suffirait d'ailleurs à écarter. Il n'est pas jusqu'à la dénomination choisie par Biermer qui ne soit inexacte et fautive, car

rien, dans les observations relatées, ne justifie la qualification de *pernicieuse* et de *progressive* par laquelle il a cru devoir caractériser le syndrome auquel il a attaché son nom.

Ce qu'il convient d'admettre jusqu'à plus ample informé, c'est l'existence de certaines formes d'anémie qui, n'étant imputables ni à la tuberculose, ni au cancer, ni à l'impaludisme, ni à une cause cachectisante quelconque, demeurent par là même un problème étiologique non encore résolu. On ne saurait davantage considérer la résistance habituelle de ces anémies au traitement comme un argument propre à justifier leur mise à part sous une dénomination particulière. Quant aux théories relatives à leur nature, elles sont encore marquées au coin de l'hypothèse pure. Est-ce faire avancer la question d'un grand pas, que de dire, par exemple, que l'état du sang dans ces anémies est imputable à un trouble des organes hématopoïétiques ? Il nous semble que pareille proposition repose sur une véritable pétition de principe, car c'est précisément ce trouble de la fonction hématopoïétique qu'il s'agirait de déterminer au double point de vue de sa cause première et de son mécanisme intime.

M. Planchard a fait toutes ces réserves dans sa thèse, sans apporter du reste un contingent d'observations personnelles assez imposant pour faire faire un pas décisif à la question. Son travail ne peut donc être considéré que comme une étude critique très consciencieuse. Il est destiné comme tel à figurer honorablement dans les index bibliographiques qui sont comme l'armorial des grandes questions de pathologie.

Rétrécissement mitral pur, par le Dr Magé.

Depuis quelques années, l'étude du rétrécissement mitral a eu le privilège d'attirer l'attention des chercheurs, et c'est à cette bonne fortune que nous devons de posséder aujourd'hui une histoire à peu près complète de cette variété de cardiopathie considérée autrefois comme très rare. Actuellement il n'est guère de médecin d'hôpital qui n'en observe chaque année plusieurs exemples : les faits suivis d'autopsie se sont accumulés et ont fourni ainsi les matériaux d'une description anatomo-pathologique d'une grande exactitude.

Il est une variété de sténose mitrale que certains observateurs ont voulu classer à part sous le nom de rétrécissement mitral pur. M. Magé a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette variété, qui a déjà fourni le sujet de recherches assez nombreuses; à défaut de recherches personnelles il a relaté un certain nombre d'observations cliniques, empruntées pour une part à d'autres auteurs. La conclusion générale qui se dégage de ces observations est favorable à l'opinion en vertu de laquelle certains faits doivent former une catégorie bien à part dans l'histoire du rétrécissement mitral. L'absence reconnue dans ces faits de toute étiologie rhumatismale ou infectieuse est le premier argument à présenter en faveur de cette séparation. Mais il en est un autre, tiré du mode d'évolution et du moment d'apparition des signes propres à la lésion. C'est vers le moment de la puberté que ces signes commencent à devenir appréciables; de plus on constate souvent chez les malades des phénomènes qui indiquent une étroitesse et une insuffisance relatives du système vasculaire ; on est dès lors fondé à croire que cette variété de rétrécissement se rattache à une conformation vicieuse de l'orifice mitral, conformation dont les effets devront se faire sentir de préférence à l'époque de la puberté, c'est-à-dire au moment précis où le développement général de l'individu venant à s'achever, certains points de l'arbre artériel conserveront une étroitesse relative qui deviendra ultérieurement le point de départ de troubles fonctionnels plus ou moins graves et multiples.

Les autopsies pratiquées jusqu'à ce jour donnent raison à cette théorie ingénieuse en faveur de laquelle la thèse de M. Magé est venue apporter quelques arguments de plus. Ajoutons que cette thèse renferme une bonne description clinique des symptômes propres au rétrécissement mitral pur. L'auteur a accordé l'importance voulue à la mention spéciale de certains accidents particulièrement imputables à cette cardiopathie, tels que la fréquence de l'hémoptysie et de l'embolie. De même il s'est attaché avec raison à faire ressortir les traits de ressemblance qui rapprochent cliniquement certains cas de rétrécissement de la tuberculose ou de la chlorose. Il est vrai que, vis-à-vis de cette dernière, l'analogie des conditions étiologiques primordiales justifie particulièrement pareille tentative d'assimilation.

P. Muselier.

BULLETIN

Questions d'hygiène et d'assistance publiques.

Plusieurs questions d'hygiène et d'assistance publiques ont surgi cette semaine et méritent de fixer l'attention.

Signalons tout d'abord la conclusion générale pratique de la communication de M. Verneuil à l'Académie de médecine sur le tétanos. La nature infectieuse et l'origine animale de la maladie étant pour lui définitivement démontrées, notre savant confrère demande que le tétanos soit désormais rangé parmi les maladies virulentes auxquelles certaines dispositions légales sont applicables. Une commission dont il propose la nomination au sein de l'Académie, étudierait à ce point de vue le tétanos et ferait la part qui, dans la prophylaxie de la maladie, revient à la médecine pratique. La suite de la discussion amènera tout naturellement l'examen de cette proposition.

— A la *Société médicale des hôpitaux* nous trouvons également une proposition de M. Grancher relative à la nomination d'une commission. Celle-ci, composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants, serait chargée de résumer dans un rapport les mesures dont on demanderait à l'administration la prompte application pour la prophylaxie des maladies contagieuses. Parmi ces mesures, il en est, comme l'antisepsie, qui sont immédiatement réalisables parce qu'elles n'entraînent pas de modifications importantes dans l'aménagement des hôpitaux, ni, par suite, de dépenses considérables. D'autres, plus coûteuses, comme l'isolement individuel demandé par M. Richard, auront à se heurter, sinon contre l'inertie administrative, du moins contre des difficultés budgétaires. La commission aura donc à tenir compte de deux ordres de faits : d'abord et avant tout, de la puissance d'action des mesures qu'elle aura à proposer; ensuite de la facilité d'exécution de ces mêmes mesures. M. Grancher est resté sur le terrain vraiment pratique en disant qu'il faut savoir se borner et ne demander à l'administration que le minimum des mesures sur l'utilité desquelles tout le monde est d'accord.

— S'il importe de soumettre les questions d'hygiène publique à un véritable code sanitaire, il convient de ne pas trop réglementer l'hygiène privée, sous peine de s'exposer à prendre des mesures d'autant moins efficaces qu'elles paraîtraient plus vexatoires. C'est par l'instruction, par la vulgarisation de notions saines et précises, par la persuasion, qu'on peut et qu'on doit agir en matière d'hygiène privée. C'est aussi l'opinion exprimée par MM. Vallin et Le Roy de Méricourt, à propos de la discussion qui a été reprise, à l'Académie de mé-

decine, sur les dangers des poêles mobiles. Nos deux confrères ont montré comment on peut prévenir ces danger en éclairant d'abord les fabricants, puis le public, sur les différentes circonstances de construction et de maniement de ces poêles qui peuvent les rendre dangereux. M. Dujardin-Beaumetz, pénétrant plus avant dans la partie scientifique du sujet, a fait voir, de son côté, que les chiffres fournis par l'analyse de Boutmy, et sur lesquels M. Lancereaux s'est appuyé pour montrer la toxicité des produits de combustion des poêles, sont erronés et que, en définitive, la proportion d'oxyde de carbone est inférieure à celle qui a été admise. Mais ce qu'il importe de connaître, et M. Beaumetz insiste avec raison sur ce point, ce sont les variations de cette proportion d'oxyde de carbone, suivant le combustible employé (coke, anthracite, houilles maigres), suivant la grande ou petite marche des poêles, suivant qu'on remue ou non la grille du foyer pour enlever les cendres, etc.

Nous retiendrons aussi un point important de cette discussion, c'est l'avantage signalé par M. Vallin, d'*Associations de protection sanitaire*, comme il s'en est fondé en Angleterre où elles rendent de réels services. Les inspections que la Commission des logements insalubres fait dans un but d'utilité publique, ces associations les font dans l'intérêt privé et, que l'on soit propriétaire ou locataire, on peut, moyennant une faible cotisation annuelle, s'assurer que la maison ou l'appartement qu'on habite, présentent à tous les points de vue les conditions requises de salubrité. Il est à désirer que de semblables associations s'organisent en France.

— L'assistance publique à domicile traverse à Paris une période difficile. Autrefois les médecins des bureaux de bienfaisance étaient nommés directement par l'administration. Puis ils ont été élus par leurs pairs, dans chaque arrondissement. Plus récemment, en 1886, ils ont été recrutés par le concours; ce mode de nomination paraît ne pas avoir donné tout ce qu'il promettait, et il est question de le changer. Le Conseil municipal a émis, en effet, le vœu « que les médecins des bureaux de bienfaisance soient désormais recrutés parmi les médecins qui s'inscriront aux mairies pour soigner les malades et sur la désignation desdits malades ».

Ce n'est pas tout : le Conseil municipal a tenu à modifier le fonctionnement du service actuel qui, sur quelques points, pouvait, en effet, être amélioré, et, malgré les observations de quelques conseillers, entre autres, MM. Bassinet, Després et Levraud, la délibération suivante a été prise à la majorité de 33 voix contre 27 :

« Art 1er. — Le service des consultations sera séparé complètement du service des traitements à domicile.

« Art. 2. — Les médecins attachés au service des consultations auront une indemnité fixe de 600 fr. par an et donneront trois consultations par semaine.

« Art. 3. — Les médecins attachés au service des traitements à domicile auront une indemnité minima de 600 fr. par an et des indemnités supplémentaires, à raison des visites faites au delà de 600.

« Art. 4. — Les fonds destinés au service médical seront répartis au prorata de la population indigente, en en réservant un dixième pour parer aux éventualités.

« Art. 5. — Chaque arrondissement ne pourra être divisé en plus de quatre circonscriptions médicales, entre lesquelles seront répartis les médecins des bureaux de bienfaisance.

« Art. 6. — Les malades pourront choisir leur médecin parmi ceux qui seront attachés à la circonscription de leur domicile

« Art. 7. — La Direction de l'Assistance est invitée à faire tenir un état statistique indiquant par médecin le nombre de malades, le nombre de visites et la dépense en médicaments. »

Les observations des conseillers citées plus haut ont porté sur la séparation des deux services médicaux, et sur les inconvénients qui en peuvent résulter soit pour les malades, soit pour l'administration. Puisqu'il s'agit d'une réforme importante, il y aurait peut-être lieu de la faire plus radicale encore, et de chercher à créer et à multiplier les dispensaires aux lieu et place de ces consultations externes des bureaux de bienfaisance qui ne constituent qu'une sorte de demi-mesure, insuffisante pour alléger le service des traitements à domicile, et encore moins les services hospitaliers.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître la supériorité des dispensaires, au double point de vue de l'assistance médicale et de l'économie. L'expérience est faite, et elle est décisive. Fort de cette démonstration, le Conseil municipal de Bordeaux est entré dans la voie du progrès en votant tout récemment la création d'un dispensaire municipal pour enfants malades dans le quartier populeux des Chartrons et de Bacalan. Le Conseil municipal de Paris, qui peut trouver des sources d'informations et de conviction dans les résultats offerts par les trop rares dispensaires dont la capitale est dotée, ne saurait rester en arrière et négliger de donner la plus large extension possible à ce mode d'assistance.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Académie de médecine. — L'Académie, dans sa dernière séance, a élu membre correspondant M. le Dr Paul Fabre (de Commentry). Les lecteurs de la *Gazette Médicale* applaudiront certainement comme nous au succès de notre excellent et distingué collaborateur.

— Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris. — La constitution définitive de ce Conseil général a été votée dans la séance du 11 mars.

Toutes les Sociétés existant actuellement, sauf celles des 7e, 8e et 9e arrondissements, ont envoyé leurs adhésions.

L'assemblée n'a pas jugé nécessaire de faire des statuts, mais elle a voté le règlement intérieur suivant :

1° Le Conseil tient une séance chaque année au mois de janvier pour la nomination du bureau ;

2° Il se réunit chaque fois qu'une société adhérente en fait la demande ;

3° Le bureau est composé d'un président, d'un secrétaire général et d'un secrétaire général adjoint ;

4° Le président sortant restera membre du Conseil pendant un an et ne pourra être rééligible qu'au bout d'une année.

Les secrétaires généraux pourront être réélus s'ils font partie du Conseil.

En cas d'absence du président, les séances seront présidées par le doyen d'âge des membres présents ;

5° Le président et le secrétaire général représentent le Conseil.

— Prix Astley Cooper. — La question proposée pour le prix Astley Cooper est la suivante : *De l'influence des micro-organismes sur l'inflammation*. Le prix est de 800 livres sterling (7.500 fr.). Les travaux envoyés doivent être écrits en anglais ou accompagnés d'une traduction anglaise et doivent être adressés avant le 1er janvier 1892 aux médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, à Londres. Les manuscrits non

signés doivent porter une devise qui sera reproduite sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Le prix ne pourra être décerné à en travail fait en collaboration.

— La lèpre en Russie. — De 1877 à 1888, 49 cas de lèpre ont été soignés dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg. Environ la moitié de ces cas se rapportent à des sujets nés dans la ville même. Pour le restant, les uns venaient des provinces baltiques de Kan et d'Astrakan, mais il y en a eu aussi de Kowno, de Vitebsk et de Twer, districts où jusqu'ici la lèpre était inconnue.

— Empoisonnement par la cocaïne. — Le premier cas mortel d'empoisonnement par la cocaïne, en Angleterre, a été récemment observé à l'*Unversity College Hospital*. Une solution de 20 grains de cocaïne dans une once d'eau qui devait servir à une injection de la vessie, a été, par erreur, ingérée par les voies digestives.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort, à Utrecht, du professeur Donders qui vient de succomber à l'âge de soixante et onze ans. L'histoire médicale de notre époque réservera une place d'honneur à l'éminent physiologiste et ophthalmologiste.

***

Conseil général des Facultés de Paris. — Le conseil général des Facultés s'est réuni lundi dernier à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard.

Il a décidé que des félicitations seraient adressées en son nom à MM. Poincarré et Appell, professeurs à la Faculté des sciences, dont le premier a obtenu le prix de mathématiques institué par S. M. le roi de Suède et de Norvège à l'occasion du 60e anniversaire de sa naissance, et le second une médaille d'or.

Il a présenté pour le décanat à la Faculté de théologie, en première ligne, M. le doyen Lichtenberger ; en seconde ligne, M. Sabatier.

Il a autorisé l'ouverture, pour le second semestre, de cours libres à la Faculté de médecine de Paris; ils seront professés par MM. Bérillon, Duchastelet, Gascard, Gautier.

Il a ensuite statué sur une affaire disciplinaire, concernant un étudiant, qu'il a condamné à l'exclusion, pour deux ans de toutes les Facultés de la République.

***

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira le 30 avril 1889. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

La durée des fonctions est de trois années. Le traitement est de 800 francs par an.

***

Bureau central. — Le jury du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central est définitivement constitué comme suit :

MM. A. Marchand, Blum, Desormeaux, Panas, Périer, Lucas-Championnière et Mesnet.

***

Amphithéâtre d'anatomie. Programme des cours de la saison d'été. — 1° Cours de médecine opératoire : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Cours de médecine opératoire commenceront le lundi 29 avril 1889, à quatre heures.

2° Conférences d'histologie : Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sons sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 22 avril.

***

M. le Dr G. Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire au point de vue hygiénique et social.

— M. le Dr Chambré, médecin principal de 1re classe, secrétaire du comité consultatif de santé au ministère de la guerre, est nommé membre du Conseil supérieur de statistique.

***

Le Dr Calmettes rouvrira sa clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, le mardi 2 avril à 4 heures, 60 rue Saint-André-des-Arts.

Consultations les mardi, jeudi, samedi de 4 à 6 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Louvet. Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique.

M. Delbet. Pronostic et traitement des anévrysmes artérioveineux.

M. Baudoin. Contribution à l'étude des syphilis graves précoces.

M. Azoulay. De la pectoriloquie dans les maladies de poitrine, et comme signe de début de la tuberculose pulmonaire.

M. Benoit. Etude sur le choix d'un traitement de l'ongle incarné.

M. Terrail. De la morphine dans le traitement de l'hystérie chez la femme.

M. Gibotteau. Essai sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant.

M. Chartier. Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.

M. Lefort. Des folliculites uréthrales blennorrhagiques chez l'homme.

M. Monange. Matières extractives d'origine animale.

M. Weiss. Contribution à l'étude de l'électrophysiologie.

M. Pasquier. De l'emploi du bichlorhydrate de quinine pour les injections hypodermiques de quinine.

M. Comet. Polypes muqueux de l'utérus.

M. Lefebvre. Contribution à l'étude de l'angine de poitrine.

M. Kaplan. Contribution à l'étude de l'entéroptose.

M. Taurin. Contribution à l'étude de la lymphangite gangreneuse du pénis.

M. Chataigner. Des troubles auditifs dans le tabes.

M. Mugnerot. Du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents esthésiogènes.

M. Baque. Dégénérescence mentale héréditaire sur les stigmates physiques et les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale héréditaire.

M. Bouygues. De la cirrhose du foie chez les tuberculeux alcooliques.

M. Cataliotti De la galactophorite.

M. Menard. Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale (région dorsale et région dorso-lombaire).

M. Mezange. Du massage appliqué au traitement des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de la jambe.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de janvier et février (année scolaire 1888-89).

M. Essel. Le fibrome dans l'orbite.

M. Gaillard. Essai sur la topographie médicale des nouvelles Hébrides.

M. Bourdon. Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement (gastrotomie suivie de succès).

M. Gallas. Quelques considérations sur les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse inférieure et en particulier sur l'ostéo-périostite et son traitement par le débridement préventif.

M. Devaux. De l'oligodipsie et de ses rapports avec l'herpétisme de M. Lancereaux.

M. Salanoue-Ipin. Etude sur le trétodow vulnérant au Cambodge.

M. Legendre. Contribution à l'étude de la syphilis par conception.

M. Robin. Naphtol et benzoate de soude dans la fièvre typhoïde. Benzoate de soude dans la diphtérie.

M. Viaud. Saintes et son arrondissement. Essai de géographie médicale, d'hygiène et d'épidémiologie.

M. Cureau. Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le crachat dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons, par le Dr G. Hunter Mackensie, traduit de l'anglais et annoté par le Dr Léon Petit, avec une préface du professeur Grancher. Un volume in-8, avec 24 planches chromolithographiques. Prix : 5 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 MARS 1889.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 6. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 45. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 64. — Autres, 7. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 60. — Bronchite aiguë, 31. — Bronchite chronique, 61. — Broncho-pneumonie, 41. — Pneumonie, 100 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 10 — Biberon, 28. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonites puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 28. — Suicides, 16. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort, 198. — Causes inconnues, 13. — Total : 1160.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA SYRINGOMYÉLIE.

(Suite et fin.) (1).

IV.

L'anatomie pathologique de la maladie que nous venons de décrire présente de grandes obscurités. On connaît assez bien la localisation des lésions qui lui donnent naissance et tout le monde s'accorde à les placer dans la région de la moelle qui avoisine l'épendyme, mais leur nature et leur origine nous sont encore inconnues. En outre, ces lésions paraissent appartenir à des processus pathologiques différents et il semble que l'on a affaire à plusieurs maladies distinctes, anatomiquement du moins, bien que caractérisées par des symptômes à peu près semblables.

Quelles sont les lésions que l'on observe dans la majorité des cas, là où il y a sûrement syringomyélie, et où les symptômes sont exactement ceux que nous venons de décrire ?

(1) Voir les numéros 12 et 13.

En général, la moelle ne présente pas les dimensions régulières qu'elle a d'habitude ; son volume varie par places comme si elle était noueuse. Sa partie centrale est occupée par une cavité en forme de tuyau ou de crevasse allongée, de calibre variable, qui la parcourt souvent de hant en bas et qui envoie sur ses côtés des diverticules plus ou moins étendus, ce qui lui donne, sur une coupe, une apparence étoilée. Cette cavité peut communiquer avec le quatrième ventricule et aller de la moelle allongée jusqu'à l'extrémité de la moelle lombaire ; très rétrécie en certains endroits, elle est très élargie en d'autres, au point de paraître avoir détruit la plus grande partie de la moelle. Dans certains cas elle se divise en deux conduits parallèles, réunis de loin en loin par des lacunes transversales. Parfois cette cavité, remontant jusqu'au-dessous du quatrième ventricule, s'abouche là dans le canal central, de telle sorte que l'on pourrait supposer que sa partie supérieure est un diverticule de ce canal central.

A la partie inférieure de cette formation lacunaire ou souvent encore en un point quelconque de son parcours, là où elle est interrompue, on trouve un tissu épaissi, souvent richement vascularisé, pigmenté çà et là, dans lequel la lacune se perd et qui montre sur une certaine étendue une fente à parois adossées qui en est le prolongement. Cette disposition existait dans un cas de Baümler et dans un grand nombre d'autres.

L'étendue en hauteur de la cavité varie beaucoup, elle peut n'occuper qu'une faible hauteur de la moelle et la lésion est alors constituée par une sorte de foyer circonscrit au centre duquel se voit une petite perte de substance, (Vulpian, Stadelmann), le reste de la moelle étant tout à fait sain. D'autres fois des foyers semblables sont disséminés à différentes hauteurs et alternent avec des segments normaux. C'est principalement sur la partie inférieure de la moelle cervicale et sur

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Trépas de *l'Aptitude Didiot.* — Le décret du 8 février 1889. — Un jury unique. — La 2e portion du tableau dite *Tableau noir.* — Un miroir aux alouettes d'avancement. — Embarras des journaux qui adoraient naguère le *Grand A.* — La revue des fœtus de l'Ecole de santé de Lyon. — L'Ecole en grand baptême d'une promotion. — Le secrétariat perpétuel du Conseil de santé. — L'avancement de nos distingués confrères de l'armée territoriale. — Le médecin adjoint des hôpitaux du Havre. — Un choix de 1230 rangs. — Le *Berlaubtenstand* allemand. — Les sous-officiers de santé. — Création par la marine d'infirmiers coloniaux. — L'infirmier annamite de Saïgon. — Le médecin hors la loi des retraites proportionnelles de l'armée. — L'initiative au Val-de-Grâce.

I

La *Gazette médicale de Paris* vient de remporter un grand prix de démolition : l'examen d'aptitude n'est plus.

Il n'y aura plus pour les médecins militaires de ces équations du dernier degré où l'on tarait, pour les premiers et les « culots » de la même promotion, un poids spécifique étrangement égal où tout docteur pouvait différer d'un autre docteur en taille, en ventre, en lunettes, en notoriété, en tout, sauf en aptitude.

Cet examen que tout le monde enjambait avec éclat, constituait un passage à niveau, une mise en tas, déplorablement favorable à ce qu'on nomme LE CHOIX. On y repêchait qui on voulait, c'était toujours un apte examinatoirement égal à un autre apte, et vous devinez qu'un pieux favoritisme profitait de cet alignement pour reconnaître les siens.

C'était surtout l'aptitude de faire « avancer » en grades et en chefferies des gendres, neveux, cousins de branche cadette et descendants variés qu'on eût peut-être jugés un peu courts sous toute autre toise, mais qui avec cette « validation » passaient modestement — mais passaient tout de même, avant les professeurs agrégés.

Désormais héros n'égalera plus zéro.

***

Ce n'est pas que le décret du 8 février 1889 voisine de fort près

la moelle dorsale que se localise le processus et que se rencontrent les cavités lacunaires. A quelques exceptions près, la moelle cervicale est toujours atteinte, soit qu'on y rencontre des fentes, soit qu'on y remarque seulement la dégénérescence spéciale dont elles sont le résultat final ; c'est la région lombaire puis la région dorsale qui sont ensuite par ordre de fréquence le plus souvent le siége de la lésion. Là où la cavité a son maximum d'étendue, en largeur, la substance grise est presque totalement atrophiée, et se trouve engloutie ainsi que le canal central par le processus de destruction. Dans un cas la cavité s'étendait, sur un point, de sa hauteur jusqu'à la pie-mère de la partie postérieure de la moelle.

Si on recherche quel est, sur une coupe de la moelle, le territoire le plus souvent atteint, on trouve que c'est d'abord la substance grise centrale, puis la commissure grise au voisinage du tissu épendymaire, et en général la région qui entoure le canal central. Les colonnes de Clarke, les cornes postérieures, les cordons latéraux ne sont touchés que secondairement et longtemps après les régions que nous venons de citer.

L'intérieur de la cavité est occupé par un liquide séreux semblable au liquide céphalo-rachidien ; il a dans quelques cas une coloration brune ou rouge-sang. D'autres fois, la cavité contient une masse semi-liquide ou même très consistante; il n'est pas fort rare d'y rencontrer des masses hyalines ou homogènes rappelant l'aspect du corps vitré de l'œil.

Que devient dans ces cas le canal central?

Souvent le canal central est situé en avant de la cavité, et sur une coupe de la moelle il n'occupe plus la partie médiane mais bien une situation latérale ou très en avant D'autres fois, il est confondu avec la cavité, mais il n'est plus reconnaissable en tant que canal distinct; on peut cependant en retrouver la place grâce à la présence d'une bordure d'épithélium cylindrique sur l'un des côtés de la cavité lacunaire. Il peut être uni à la perte de substance sur une certaine hauteur de la moelle et rester indépendant sur d'autres points de son trajet. Parfois, bien que restant distinct, il subit des modifications dans ses dimensions : en un endroit, surtout vers la moelle cervicale, il est élargi ; en un autre il est oblitéré, plus ou moins complètement, par des productions épithéliales; ailleurs enfin sa forme est changée, et il n'offre plus que l'apparence d'une fente allongée. Comme nous l'avons signalé plus haut, il peut exister des communications entre le canal central et la cavité accidentelle, soit par des pertes de substance linéaire, soit par un abouchement direct de la cavité dans le canal, ce qui s'observe surtout aux deux extrémités du canal, près du quatrième ventricule et à la partie inférieure de la moelle lombaire.

Quelles sont les causes qui entraînent la formation de cette cavité pathologique?

Il faut d'abord séparer de la syringomyélie, telle que nous venons de la décrire, *l'hydromyélie*, c'est-à-dire la dilatation congénitale ou secondaire du canal central ou de sa partie postérieure détachée dans la période embryonnaire. Ces malformations anatomiques, conséquence d'une déviation du développement normal, n'ont rien de commun avec le processus de la syringomyélie. Il en est de même des tumeurs épithéliales qui sont le résultat de l'emprisonnement des cellules de revêtement du canal central dans les cordons postérieurs de la substance blanche, à la fin de la période embryonnaire. S'il se forme des cavités dans ces masses épithéliales, c'est à la suite d'une fonte spéciale des cellules, et elles n'occupent jamais qu'une section très limitée de la moelle.

Dans le processus type qui conduit à la syringomyélie, le centre de la moelle est occupé par une masse gélatineuse, sans limites précises à sa périphérie, plus ou moins ramollie à son centre et même diffluente en certains endroits, de façon à permettre la formation dans son sein de cavités à bords irréguliers. Cette masse est translucide, hyaline, très réfringente, et apparaît au milieu de la moelle comme un îlot plus transparent et plus brillant que le reste de l'organe. Voici d'après M. Roth, de Moscou, quelle est à un fort grossissement la structure de ces parties.

C'est d'abord une substance hyaline et amorphe, parsemée de vacuoles plus ou moins étendues, se colorant uniformément en rose par le carmin, et renfermant entre les vacuoles des cellules teintes en rose pâle et parsemées de granulations. Ailleurs, entre ces cellules et autour des vacuoles, il existe une substance intermédiaire constituée par un réseau de fibrilles et de fines granulations et qui offre toutes les phases de transition entre la substance hyaline et le tissu réticulaire de la névroglie. La masse morbide ainsi composée est semblable à de la névroglie très riche en noyaux soit libres soit disposés au point d'entrecroisement des fibrilles. Ces noyaux subissent aussi la transformation hyaloïde avant que les fibrilles soient atteintes. On voit alors le tissu névroglique à peu près nor-

---

l'idéal; nous eussions préféré un concours de haute lice dans le module de l'agrégation du Val-de-Grâce.

Et cela échappera toujours à notre cervelle qui n'est point si « apte » qu'un concours, trouvé excellent pour sélecter tous les cinq ans et désigner à l'avancement ultérieur 4 à 6 médecins majors, ne puisse pas, en coefficiant comme de droit l'équitation, le bon aspect, les campagnes et les autres vertus régimentaires, suffire au recrutement à peu près exclusif des 40 principaux de 1re classe, par exemple, et de l'Inspectorat qui devrait en être la sublimation et la quintessence.

N'y a-t-il pas intérêt, même pour ceux dont le concours public quelconque fera toujours rougir au plus rouge la modestie, à ce que le Corps de santé ait une « tête » de notoriété scientifique faite de laborieux de toute une vie et tirant prestige d'eux-mêmes plus que des dorures?

Ce qui sera en proportion (et pour le commandement et pour nos distingués confrères de réserve ou de l'armée territoriale) de ce que ces chefs et subordonnés verront cette « tête » en moyenne quinquagénaire nimbée de noms connus et d'autorité, fût-elle moins rougissante que naguère d'une modestie — bien conservée.

***

Toutefois il y a dans le concours nouveau, car c'est un concours avec la même épreuve écrite éliminatoire envoyée sous pli cacheté dans toute la France comme pour Polytechnique, Saint-Cyr et l'École supérieure de guerre, quatre progrès excellents

D'abord le jury unique et l'appel à Paris, le *vu*, l'inventaire, la « décortication par les mêmes mains » de tous les admissibles.

Ensuite l'épreuve est obligatoire pour les médecins-majors de 2e classe (1re moitié), ce qui obligera tout le cadre à préparer de loin, à travailler, se refourbir et se retremper dans les eaux cliniques; elle est seulement facultative pour les majors de 1re classe dont quelques-uns, pour des raisons de famille, de stabilité, de manque d'ambition, de fortune faite ou toute autre cause (il y a, qu'on me pardonne le mot, des « cocardiers » de vie régimentaire, des médecins-soldats et ce ne sont point les pires) renonceront au principalat.

C'est fort bien vu de laisser à « leurs hommes » ces fidèles touchants qui ont fait mariage d'inclination avec un corps de troupes et qui ne divorcent souvent qu'avec des larmes virilement contenues lors de l'impitoyable limite d'âge; on a remarqué que ces

mal, parsemé de points arrondis homogènes plus clairs que les parties avoisinantes. Le tissu réticulaire, d'aspect hyaloïde, avec les cellules pâles constitue une assez grande partie de la masse pathologique. On trouve encore d'autres formations d'apparence cellulaire qui concourent à la formation de la masse : on dirait de grandes cellules vésiculeuses à contenu absolument homogène, claires, à noyaux fortement colorés par le carmin, souvent disposées par groupes au milieu d'une masse homogène ; ce sont des coupes de tubes nerveux dont la myéline a subi une dégénérescence spéciale et dont le cylindre axe est hypertrophié. En résumé on peut distinguer trois états principaux de la lésion :

1° Une masse transparente, amorphe, remplie de vacuoles et de cellules pâles, *masse hyaline amorphe*.

2° Une masse réticulée, infiltrée de substance hyaline et parsemée de noyaux et de cellules : *masse hyaline réticulaire*.

3° Une masse composée de cellules d'aspect plus ou moins vésiculeux, toutes en voie de dégénérescence hyaloïde, avec très peu ou point de substance réticulaire intermédiaire : *masse hyaline cellulaire*.

La désagrégation de cette masse pathologique amène la formation de petits flots vides, ou lacunes, tout autour ou sur un des côtés du canal central. En se fusionnant ensemble ces lacunes contribuent à créer le canal pathologique. En général, la formation de ce canal n'amène pas une destruction bien considérable du tissu nerveux, car elle se fait dans la masse hyaline qui a au préalable écarté et refoulé les éléments constitutifs de la moelle. Ce qui le prouve c'est la conservation fréquente du canal central un peu en avant de la lacune pathologique. La destruction des parties médullaires n'est donc pas en rapport avec la largeur de la lacune. Cette dernière n'est pas tapissée par une membrane épithéliale ou autre, elle est creusée dans la tumeur; ses contours sont irréguliers, déchiquetés, et l'on voit en les examinant qu'il devait exister une transition insensible entre les parties semiliquides du centre de la cavité et les parties résistantes qui forment ses bords.

M. Roth, auquel nous empruntons les détails qui précèdent, regarde cette tumeur médullaire comme un gliome, d'où le nom de gliomatose médullaire qu'il donne à la syringomyélie. Il distingue dans l'évolution de la lésion deux processus distincts. Le premier de néo-formation, le second de dégénérescence et de désagrégation. Il préfère le nom de gliome parce qu'il ne préjuge pas de la nature inflammatoire de la lésion et il regarde les zones scléreuses que l'on peut parfois rencontrer comme faisant partie du néoplasme ou comme provoquées par l'irritation qu'il cause. Il ne faut pas oublier que la lacune est un fait secondaire, qu'elle peut être grande ou petite et même ne pas exister et surtout qu'elle ne constitue pas la lésion, et n'en est qu'un des résultats.

Ajoutons que, en dehors des altérations de la moelle, on constate sur les muscles atrophiés l'atrophie des fibres musculaires suivant un type qui est celui qu'ils présentent dans le type Aran-Duchenne.

V

La syringomyélie ou gliome avec cavités lacunaires occupant les parties médianes de la moelle ne constitue pas le seul processus morbide qui puisse se développer dans cette région. On peut même affirmer qu'il en existe un ou plusieurs autres dont l'origine et l'évolution sont, à certains égards, très différentes de celles du gliome. Telle est, par exemple, la lésion décrite par Hallopeau sous le nom de *myélite péri-épendymaire*.

C'est une myélite, par conséquent une maladie de nature inflammatoire, diffuse, qui atteint spécialement la région centrale de la moelle, bien que dans quelques cas elle puisse se généraliser et se propager aux cordons blancs et aux méninges rachidiennes. C'est une inflammation chronique caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif : « Ordinairement la prolifération du tissu conjonctif constitue l'altération principale ; une couche plus ou moins épaisse de tissu articulé se forme autour du canal central, s'accroît de dedans en dehors et envahit la substance grise ; tantôt elle s'indure et on dirait alors qu'une tige solide a été enfoncée dans le centre de la moelle, et a refoulé la substance grise ; tantôt elle se ramollit et se creuse de lacunes remplies habituellement de liquide séreux ». Dans un des cas cités par Hallopeau ce travail de régression avait abouti à la formation d'une cavité qui occupait la partie centrale de la moelle, depuis le commencement de la région cervicale jusqu'à la fin de la région dorsale. On voit combien cette disposition de la cavité lacunaire rappelle celle du gliome, mais combien, d'autre part, la nature de la lésion est différente, puisque dans un cas il s'agit d'une inflammation interstitielle et dans l'autre d'une tumeur névroglique. Dans la myélite péri-épendymaire le canal central peut, comme dans la syringomyélie, rester intact au voi-

---

« inséparables » ne vieillissaient plus longtemps loin du drapeau et de la « famille ».

Troisième bon point : l'ordre des épreuves et les questions seront tirés au sort pour chaque candidat et non laissés comme pour l'ex-commode « grand A », au choix commode de celui qui tenait les fils de l'examen et qui téléphonait ainsi l'avancement à *ses* plus dignes.

Nous pourrions citer et l'on nous signale à ce sujet de regrettables anecdotes « arrivées » à Limoges, Lyon et autres lieux où tantôt l'on recevait à la volée, tantôt l'on refusait de distingués camarades pour « changer » et relever théâtralement l'examen.

Ces bienveillances et malveillances seront réduites sinon à zéro, du moins à leur minimum humain.

***

Enfin, évolution ou mieux révolution qu'appréciera tout médecin militaire, « la feuille technique de l'officier devra porter l'indication du nombre de points qu'il aura obtenu à son examen. »

C'est capital.

Il aura fallu arriver en 1889, au Centenaire, pour obtenir cette inéluctable justice. Le Rapport n° 5 contenait : A-t-il des dettes, bon aspect à pied ou à cheval ? certains alinéas dangereusement vagues sur « le bon esprit », la moralité et les « langues étrangères » où chacun faisait figurer un « Arabe » proche parent du *sabir*.

Mais des notes d'examens de doctorat, des concours d'agrégation de répétition ou d'hôpitaux, de toutes ces cotes qui vous chiffraient tangiblement de 20 à 40 ans, nulle trace. Ah ! si l'on eût appliqué plus tôt cette bonne et troublante mesure, que de principaux eussent été arrêtés et bornés comme ils auraient dû l'être.

Certes, l'épreuve nouvelle n'est pas ce que nous avons toujours demandé et qui aura son heure : *Concours public avec épreuve publique donnant droit public à l'avancement*, cela en coefficiant largement l'ancienneté, les notes antérieures, campagnes et actions d'éclat de guerre ou d'épidémie.

On ne l'obtiendra qu'au XXe siècle, s'il y a encore à cette époque des armées et des médecins militaires, ce concours — commission de classement ; nous ne tenons donc point la grande échelle rêvée. Mais c'est un échelon.

Et il y a lieu de féliciter de ce pas en avant et en haut de cet « excelsior » le Directeur, M. Dujardin-Beaumetz, et les membres

sinage de la lacune on se dilater et constituer une énorme cavité au centre de la moelle. Alors l'épithélium qui le revêt normalement disparaît en partie ou bien prolifère et forme des masses bourgeonnantes dans l'intérieur de la cavité. Le plus souvent le canal, ne possédant à peu prés plus de revêtement épithélial, est limité par une zone peu épaisse de tissu conjonctif qui se confond peu à peu avec le tissu scléreux de nouvelle formation.

Cette myélite interstitielle est caractérisée par la prolifération et la transformation des mêmes éléments que l'on voit s'enflammer dans une myélite quelconque systématisée ou diffuse; les cellules connectives, peu nombreuses au début, augmentent de volume, leurs noyaux se divisent, les tractus connectifs s'épaississent et compriment les éléments nobles de la moelle, cellules et tubes. Les cellules nerveuses de la substance grise s'atrophient, prennent une teinte jaunâtre, se remplissent de granulations et finissent par disparaître.

On voit combien ce processus, qui est celui de toute myélite, et que nous décrivons d'après M. Hallopeau, diffère de celui du gliome de la syringomyélie. Dans la myélite, il y a inflammation interstitielle d'abord, puis parenchymateuse, le tissu connectif étouffe les éléments nerveux; au contraire dans la syringomiélie il se produit un tissu néoplasique qui refoule, il est vrai, les tissus médullaires, mais qui se développe lentement et les laisse s'habituer à une compression graduelle. Les éléments nerveux sont refoulés par lui au lieu d'être enserrés et étouffés.

Il est très difficile d'expliquer la formation des cavités lacunaires dans un tissu aussi dense que le tissu conjonctif de sclérose, et ce qui le prouve, c'est que les explications que l'on en donne sont nombreuses. Pour les uns elles seraient le résultat d'un processus régressif, désintégration granuleuse, qui atteindrait les cellules et les tubes comprimés par la gangue conjonctive; pour d'autres elles reconnaîtraient pour origine de petits foyers hémorrhagiques dont le contenu se serait résorbé, hypothèse bien peu admissible et qui ne repose pas sur des faits bien observés. On admet aussi que cette myélite centrale coïncide souvent avec de la sclérose de la pie-mère et des tractus fibreux qui pénètrent la moelle comme des rayons, et que les lacunes sont le résultat des tractions qu'exercent ces tractus en se rétractant. M. Joffroy a vu ainsi une myélite centrale cavitaire se développer parallèlement à de la pachyméringite cervicale hypertrophique.

La syringomyélie et la myélite centrale péri-épendymaire (Hallopeau) ou cavitaire (Joffroy), sont certainement deux choses bien distinctes, puisque, comme le disait très justement M. Déjerine à la Société médicale des hôpitaux, la première est une néoplasie centrale de la moelle tandis que la seconde est la conséquence d'une inflammation péri-épendymaire. Mais il semble que jusqu'à présent ces deux lésions aient été souvent confondues l'une avec l'autre et on est surpris de voir la ressemblance qui existe entre la description de certains cas de myélite centrale et celle d'un gliome de la même région. La confusion anatomique a été certainement faite et c'est là ce qui contribue à jeter de l'obscurité sur la question. On ignore encore ce qu'est au juste le gliome et surtout quelle est sa cause; on ignore aussi s'il n'est pas quelquefois le point de départ d'une phlegmasie qui donne naissance à une myélite. Il y a des cas où on pourrait le penser, car on voit la masse gliomateuse parsemée de points qui sont le siège d'une inflammation évidente, ou d'une zone de sclérose. Peut-être y a-t-il entre les deux lésions plus de rapports qu'on ne le pense.

Cliniquement, la distinction est difficile à faire, sinon impossible entre la syringomyélie et la myélite centrale, et cela se comprend, puisque, dans l'un et dans l'autre cas, c'est la même région de la moelle qui est atteinte. Cependant la dissociation de la sensibilité que nous avons décrite dans la syringomyélie et qui aboutit à la conservation de la sensibilité tactile et à la disparition de la sensibilité à la douleur et à la température, n'existe pas ou existe à un degré bien minime dans la myélite. Dans cette dernière, l'atrophie musculaire est plus caractérisée et suit une marche plus régulièrement progressive.

La syringomyélie doit-elle englober les cas si singuliers de *parésie analgésique avec troubles trophiques* décrits récemment par M. Morvan? Au point de vue clinique il semble que oui, car les symptômes donnés par M. Morvan sont du même ordre que ceux de la syringomyélie : analgésie, conservation de la sensibilité tactile, parésie des membres atteints, lésions trophiques, en particulier des panaris, etc. Mais il manque à ce tableau le symptôme le plus constant et le plus caractéristique de la gliomatose médullaire, la perte de la sensibilité à la température. C'est là une première raison d'hésiter à assimiler entièrement les deux maladies, mais il en est une autre, plus concluante, c'est le résultat négatif donné par l'autopsie

---

du Comité; tous ont marqué ainsi leur supériorité sur les simili-ex-supérieurs qui avaient eu l'idée militaire de décréter, il y a six ans, une coupe des intelligences aussi uniforme que la coupe des cheveux et d'arrêter le modèle de cette tondeuse sur leur propre dessin-savoir.

Ces moyens avaient établi leur moyenne.

***

Le décret du 8 février porte en toutes lettres (2e alinéa).

Il ne faut pas l'oublier.

« Les Professeurs-agrégés du Val-de-Grâce, les répétiteurs de « l'École de Lyon, ainsi que les médecins ayant précédemment « satisfait aux épreuves de l'*ancien concours* pour le service hos- « pitalier en seront *seuls* dispensés. »

Il n'y a pas de biais possible.

Il faut que les 300 ou 400 propriétaires — sans grande fatigne — de l'examen, un banal « bon pour le service » se présentent à nouveau devant le plus difficile conseil de revision du Val-de-Grâce.

Beaucoup — et l'on devine les plus modestes — essaieront des parades, défilements et retours offensifs à prévoir, mais les malades et les blessés qui ne sont point des quantités négligeables gagneront avec l'avancement à une sélection moins timide et à cette épuration par le filtre du « Tout à l'aptitude ».

De fait l'on se demande avec une bonne foi extrême, à la vue de quelques-uns des 4 principaux de 2e classe, des 4 majors de 1re et des 9 majors de 2e « figurant » sur le Tableau de 1888, si, pondéré des coefficients déjà dits, le concours public qui voit, entend, juge de près tout son monde et en garde preuve écrite par la composition, ne serait pas un enregistreur autrement exact pour des mérites techniques que la commission des grades supérieurs, par conséquent supérieure, qui de nos jours fait le « travail ».

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

d'un malade de M. Morvan. Contre toute attente on ne trouva dans sa moelle ni foyer néoplasique. ni myélite. Jusqu'à nouvel ordre on doit donc regarder le syndrome de M. Morvan comme la conséquence d'un trouble fonctionnel de la moelle et non pas d'une lésion.

On a beaucoup discuté sur la physiologie pathologique de la syringomyélie et on a vainement cherché à établir une relation précise de cause à effet entre ses lésions et ses symptômes. Pourquoi cette dissociation de la sensibilité? Existe-t-il donc dans la moelle des faisceaux distincts de fibres destinées à transmettre les impressions tactiles, douloureuses et thermiques? La physiologie ne l'a pas démontré, tant s'en faut, et en supposant que le fait existât, on ne comprendrait guère qu'une lésion aussi étendue parfois que l'est celle d'un gliome central, ne portât jamais son action que sur le faisceau de la sensibilité thermique en respectant toujours les autres. Comment aussi expliquer l'atrophie musculaire, alors que bien souvent les cellules des cornes antérieures ne sont pas atteintes? Ce sont là autant de problèmes, sur lesquels on ne peut faire que des hypothèses à l'heure actuelle et que nous croyous préférable de ne pas aborder, étant d'avance certain de ne pas les résoudre (1).

Georges LEMOINE (de Lille).

ORTHOPEDIE

DE LA SECTION A CIEL OUVERT DES TENDONS DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN, DANS LE TRAITEMENT DU TORTICOLIS MUSCULAIRE CHRONIQUE, par P. REDARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Bien que pratiquée par quelques chirurgiens des XVI[e] et XVII[e] siècles, Tulpius, Roonhuysen, Mekren, la ténotomie à ciel ouvert des tendons du sterno-cléido-mastoïdien avait été presque complètement abandonnée pour la méthode sous-cutanée.

S'appuyant sur l'innocuité des plaies ouvertes, *traitées antiseptiquement*, quelques chirurgiens, Volkman (Archives de Langenbeck 1884), Lorenz (de Vienne), Heinecke, Billroth, Keetly, Lannelongue, Kirmisson recommandent la section à ciel ouvert du sterno-cléido-mastoïdien dans le traitement du torticolis musculaire chronique.

M. Ducurtil (2) vient d'étudier avec grand soin ce procédé dans sa thèse.

(1) Lancereaux. — Un cas d'hypertrophie de l'épendyme spinal. Mém. de la Société de Biologie. Paris 1862.
Hallopeau. — Contribution à l'étude de la sclérose diffuse péri-épendimaire, idem 1869.
Th. Simon. — Ueber syringomyélie, Archiv. f. Psychiatrie 1874.
Leyden. — Arch. f. path. Anatomie. Bd. LXVIII.
W. Roth. — Gliome diffus de la moelle, Archives de physiologie, 1878.
W. Roth. — De la gliomatose médullaire. Archives de neurologie, 1888.
Anna Baümler. — Ueber Hohlenbildungen in Rückenmark. — Thèse de Zurich, 1887.
Debove, Dejerine, Hallopeau, Joffroy. — Société médicale des hôpitaux. Mars 1889.
(La bibliographie de la syringomyélie est très étendue; voir la thèse de Mlle Baümler qui contient le résumé de tous les cas qui en ont été publiés).

(2) Ducurtil. De la ténotomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique. Thèse de Paris, 1889.

Il nous paraît utile de signaler et de donner les indications de cette nouvelle méthode qui constitue certainement un progrès dans la chirurgie orthopédique.

Le procédé opératoire que l'on doit employer pour la section à ciel ouvert, est le suivant:

Asepsie très rigoureuse de la région;

Incision de la peau à un travers de doigt au-dessus de la clavicule du bord interne au bord externe du muscle;

Ponction au bistouri de l'aponévrose;

Section du muscle ou des tendons sur la sonde cannelée, section des brides fibreuses résistantes qui peuvent exister au-dessous des muscles, en évitant avec grand soin les vaisseaux;

Suture exacte de la peau au crin de Florence;

Pansement antiseptique très rigoureux.

L'opération, pratiquée avec soin et avec prudence, est sans grands dangers. Dans toutes les observations publiées la réunion s'est faite par première intention, avec des cicatrices peu importantes.

Quels sont les avantages de la section à ciel ouvert?

Le principal, à notre avis, c'est de permettre de diviser avec une grande précision, *tous* les tissus fibreux, aponévrotiques qui existent au-dessous du sterno-mastoïdien dans un grand nombre de cas de torticolis anciens et prononcés, tout en évitant de blesser les gros troncs vasculaires normaux ou anormaux, la veine jugulaire externe ou antérieure, le nerf phrénique.

La durée du traitement orthopédique nécessaire après la ténotomie à ciel ouvert serait notablement abrégée. Ce point ne nous paraît pas clairement établi par les observations des auteurs.

Après examen de toutes les observations publiées, nous pensons que la nouvelle méthode est certainement à recommander dans quelques cas déterminés, torticolis très anciens, prononcés, avec existence probable de liens fibreux, aponévrotiques sous-jacents, chez les garçons plutôt que chez les filles (à cause de la cicatrice).

La section à ciel ouvert, malgré les avantages que nous venons de signaler, ne nous paraît pas devoir remplacer, d'une façon générale, la tenotomie sous-cutanée. La ténotomie sous-cutanée convient, en effet, à *la plupart des cas* et doit rester la méthode de choix pour *la plupart des cas* de torticolis que l'on rencontre dans la pratique. Cette opération, qui a rendu et rendra encore de grands services est, lorsqu'elle est pratiquée avec prudence, exempte de dangers. Les accidents qu'elle peut provoquer sont d'une rareté extrême, exceptionnels, eu égard à la fréquence de sa pratique.

Les échecs, signalés à la suite de la ténotomie sous-cutanée, sont rares, faciles à prévoir, ne se produisant que dans des cas spéciaux, ceux pour lesquels convient la section à ciel ouvert. Cette section à ciel ouvert est incontestablement une opération plus délicate et qu'il est dangereux de recommander pour tous les cas.

Si la plaie de la section à ciel ouvert, par suite de l'oubli de quelque règle importante, ne se réunit pas, n'aura-t-on pas une suppuration de la région du cou avec ses conséquences graves bien connues?

En résumé, la ténotomie sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien doit être employée dans la *plupart des cas* de torticolis musculaire, la section à ciel ouvert dans *quelques* cas, torticolis congénitaux, anciens, très marqués.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Coup de feu de l'avant-bras gauche. — Séjour du projectile dans le rond pronateur. — Douleurs et troubles trophiques nécessitant l'enlèvement de la balle, par Ch. Février, médecin major.

La tolérance du tissu musculaire pour les petits projectiles est aujourd'hui un fait généralement admis. Cependant dans quelques cas il peut surgir des troubles fonctionnels assez marqués pour motiver l'intervention.

C'est ce qui nous engage aujourd'hui à publier l'observation suivante :

Obs. — Le nommé Adrien S..., 21 ans, journalier, et incorporé depuis peu au 7e d'infanterie, est un homme petit, mais vigoureusement constitué.

Il y a environ 1 an, le 13 novembre 1887, il a reçu dans une rixe un coup de revolver qui a atteint l'avant-bras gauche. La balle (calibre 7) a pénétré au niveau de la partie postéro-interne de l'avant-bras à la jonction du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur.

A l'hôpital de Saint-Denis où le blessé a été transporté, on a constaté que le projectile, contournant le cubitus, avait remonté en avant et en dessous et s'était perdu dans les muscles. On cessa alors toute recherche et l'on appliqua un pansement de Lister.

Il n'y eut que de l'impotence fonctionnelle, mais peu de douleur. Au bout de 7 semaines le malade sortait guéri de l'hôpital en conservant toutefois une certaine faiblesse qui l'obligea à ne reprendre son travail que le 7 février 1888.

Depuis cette époque il a conservé des douleurs assez vives revenant par accès surtout avec les changements de temps. Cette douleur ne s'irradie pas, elle siège constamment dans la moitié supérieure de l'avant bras. Elle était parfois assez vive pour obliger le sujet à lâcher la brouette qu'il manœuvrait. En même temps les mouvements de flexion des doigts étaient affaiblis, le bras se fatiguait vite.

Ces symptômes persistèrent avec la même intensité jusqu'à l'incorporation.

Quelque temps après son arrivée au corps, G... se plaignit de ne pouvoir faire les mouvements nécessités par les exercices d'assouplissement avec le fusil. L'extension complète de l'avant-bras sur le bras, et les mouvements de pronation étaient pénibles et difficiles. En outre les douleurs persistaient toujours.

Nous examinons ce soldat le 21 décembre, et nous constatons que l'avant-bras gauche est un peu amaigri. L'épiderme de la main est épaissi, les ongles sont amincis. Il n'y a pas d'hypertrophie des poils, mais la main se couvre d'une sueur abondante.

A la partie postérieure de l'avant-bras gauche on voit la trace du coup de feu.

En plaçant l'avant-bras dans la flexion et en palpant attentivement la moitié supérieure nous découvrons un corps dur, situé assez profondément à 3 travers de doigt au-dessous du pli du coude et à 1 centimètre en dedans de la ligne représentant le trajet de la radiale. S... dit aussitôt que c'est là le siège de son mal, et comme il insiste beaucoup pour être débarrassé de son projectile, nous l'envoyons à l'hôpital pour l'y opérer.

Opération le 23. Le malade est chloroformé. Comme le voisinage de la radiale pourrait amener la lésion de cette artère, nous préférons aller d'abord au-devant d'elle et porter ensuite nos recherches en dedans vers la balle.

Sur le trajet de la ligne d'opération pour la ligature de la radiale nous faisons une incision de 5 centimètres. L'aponévrose mise à nu est incisée. Le bord interne du long supinateur est reconnu Arrivé à ce point nous ne cherchons pas à découvrir l'artère que nous sentons en portant le doigt sous le muscle qui est bien développé. En dedans nous percevons facilement le projectile qui est dans l'épaisseur du rond pronateur. Le muscle est alors incisé avec précaution et nous sentons nettement la balle déformée au milieu des fibres. Il est alors facile de la saisir avec une pince à pansement et de l'extraire. Elle est très déformée au niveau de la pointe, qui est extrêmement aplatie et rugueuse.

La plaie est alors irriguée avec la liqueur de Van Swieten. 3 points de suture superficielle. Petit drain et pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate.

Après l'opération le sujet, qui est alcoolique, est pris d'un délire assez violent. Il croit qu'on vent le tuer. Injection de morphine.

Le reste de la journée est calme. Le malade a bien mangé.

Le 25 au soir, S... a un peu de fièvre, 39°. Il se plaint beaucoup de son bras. Le pansement est enlevé et on constate que tout est en bon état et la plaie en bonne voie.

Le 29, nouveau pansement, on enlève le drain, la plaie est réunie au niveau des points de suture qui sont retirés.

Nous renvoyons le sujet dans les premiers jours de janvier. Il n'éprouve plus aucune douleur dans son bras et la main serre vigoureusement.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX SUR LA TUBERCULOSE

Recherches sur l'intestin des tuberculeux,
Par le Dr Girode.

Ce n'est pas une question nouvelle que celle dont M. Girode a fait choix pour sa thèse inaugurale : mais il a su la rajeunir par le caractère réellement personnel et l'originalité des recherches qu'elle lui a inspirées. En fait, et malgré le nombre des travaux dont elle a fourni le sujet, l'histoire de la tuberculose intestinale présentait encore un certain nombre de lacunes. Elle comportait notamment quelques obscurités relativement au mode de production des ulcérations intestinales, à leur évolution ultérieure, aux conséquences qu'elles peuvent entraîner au cas où le malade vient à guérir. De plus il importait de faire le départ exact des lésions tuberculeuses proprement dites et des lésions qui sont simplement accessoires, vulgaires, surajoutées.

Ces divers points, M. Girode s'est attaché avec succès à les éclaircir définitivement. L'examen histologique, si important dans l'espèce, lui a permis de découvrir des faits très importants, particulièrement en ce qui concerne la recherche du bacille de Koch, l'étude des lésions des glandes, la détermination de la part initiale qu'elles prennent à la constitution des lésions définitives. En somme, et en dépit de l'aridité d'un sujet déjà bien des fois exploré, on peut dire que son travail, d'une grande précision dans les détails et d'une exactitude rigoureuse dans les conclusions, aura réalisé des acquisitions importantes à ajouter à celles que nous possédions déjà. Désormais, les traits généraux de l'histoire de la tuberculose abdominale se trouvent définitivement fixés, au même titre que ceux de la phthisie pulmonaire, sa supérieure immédiate dans la hiérarchie des manifestations viscérales de la tuberculose. Notre jeune et distingué confrère pourra, de par sa thèse, revendiquer une part dans l'édification de cette œuvre brillante.

Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire.
Par le Dr Marfan.

Les accidents du côté de l'appareil digestif occupent incontestablement une place de premier ordre dans la hiérarchie des symptômes éloignés de la tuberculose pulmonaire : on ne peut dire pourtant que nos connaissances en ce qui les con-

cerne soient complètes. Cette réflexion s'applique surtout aux phénomènes morbides qui ont l'estomac pour siége et vis-à-vis desquels il s'est maintenu jusqu'à ce jour un certain degré de confusion : celle-ci tenant d'une part à l'habitude d'englober dans une description commune les accidents du début de la phthisie et ceux qui marquent la période terminale, et d'autre part au manque de données anatomo-pathologiques précises. Grâce aux belles recherches de M. Marfan, cette imperfection dans l'imposant édifice clinique de nos connaissances relatives à la phthisie va disparaître, car ces recherches ont eu pour résultat de fournir une interprétation anatomique exacte des symptômes et ont indiqué par là même la source véritable des indications dans la thérapeutique à opposer à une des plus graves complications de la tuberculose. A ces divers titres la thèse de M. Marfan doit être considérée comme un des plus remarquables travaux de l'année.

Le mérite principal de ce travail, selon nous, est d'avoir consacré nettement la séparation qu'il convient d'établir désormais entre les troubles gastriques du début de la phthisie et ceux de la période terminale. Les premiers ne constituent guère qu'une variété de dyspepsie, dont les conditions génératrices principales sont l'inertie des parois de l'estomac et l'insuffisance de la sécrétion chlorhydro-pepsique. Or, de la constatation de ces deux faits découle la théorie de tous les autres symptômes : anorexie, digestions lentes et pénibles, dilatation variable dans son degré mais constante de l'estomac. Elle peut encore servir, mais non toujours, à expliquer les vomissements si fréquents chez les tuberculeux au début de leur mal et pour l'explication duquel tant d'hypothèses ont été émises. M. Marfan a dû rejeter la plupart de celles-ci, notamment celles de l'origine purement réflexe, de l'ébranlement causé par la toux, de l'adénopathie trachéo-bronchique, pour se rattacher en fin de compte à la théorie qui invoque l'action du nerf pneumogastrique, irrité à la fois dans ses branches terminales gastriques et pulmonaires. La discussion délicate et serrée que ce point de doctrine lui a inspiré, nous paraît bien faite pour entraîner définitivement la conviction.

On peut appliquer la même remarque à l'examen des théories qui ont pour but d'expliquer les rapports de cette dyspepsie initiale avec la phthisie pulmonaire. Celle-ci est la cause, et non l'effet, voilà une proposition que M. Marfan ne craint pas d'affirmer sans réserve. L'opinion inverse ne peut se soutenir depuis que les progrès de la séméiologie nous ont permis de diagnostiquer l'existence de la tuberculose là où nos prédécesseurs devaient forcément la méconnaître : or, celle-ci précède toujours celle-là. Et quant à la cause immédiate du syndrome gastrique initial, elle ne réside ni dans la fièvre, ni dans l'irritation prolongée du nerf pneumogastrique, ni dans l'existence d un substratum anatomique que nul examen n'a permis de découvrir. Elle réside dans l'état d'anémie générale qui se développe au début et parallèlement aux progrès de la phthisie. Cette interprétation renferme elle-même tout le secret du traitement, qui n'est autre que celui qui convient à toute dyspepsie atone, et dont les stimulants, les amers, les eupeptiques doivent former la base.

Tout autre est l'interprétation des troubles gastriques de la dernière période. Le mot dyspepsie doit disparaître ici, pour être remplacé par celui de gastrite. L'existence de cette gastrite ressort tout d'abord de l'examen anatomo-pathologique. Elle est nettement caractérisée par des lésions inflammatoires dont les plus importantes consistent dans l'infiltration embryonnaire superficielle de la muqueuse stomacale, dans celle des amas lymphatiques sous-jacents et dans l'altération de l'épithélium de la surface libre ou des glandes à pepsine. L'état mameloné de l'estomac, souvent constaté dans les autopsies, la production de végétations polypiformes et d'érosions hémorrhagiques punctiformes procèdent de ces lésions fondamentales. En regard de celles-ci prennent rang des symptômes qui révèlent l'état d'inflammation stomacale : douleur épigastrique, intolérance alimentaire, vomissements, rougeur et desquamation de la langue. C'est là le cortège ordinaire de la gastrite aiguë, telle que l'école de Broussais l'a si souvent décrite.

L'interprétation des conditions pathogéniques semble toute différente de celle qui convient au syndrôme gastrique du début. Rejetant successivement diverses hypothèses : influence de la cachexie terminale, tuberculisation de la muqueuse stomacale, alcoolisme antérieur, action irritante des médicaments ingérés, M. Marfan s'attache à démontrer que la part principale dans le développement de cette gastrite revient à l'irritation produite par les crachats déglutis par les phthisiques ; certaines expériences instituées par lui, semblent favorables à cette théorie à laquelle on a voulu opposer comme objection capitale, l'extrême rareté du tubercule au niveau de la muqueuse stomacale. Or, ce n'est point par auto-inoculation que les crachats enflamment la muqueuse gastrique, c'est par une action irritante qui leur est propre. Enfin conviendrait-il aussi, pour certains cas, d'admettre un retentissement éloigné de la maladie principale, par un mécanisme analogue à celui qui engendre la gastrite dans des maladies réputées infectieuses (f. typhoïde) ? M. Marfan a fait la part respective des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de l'une et l'autre de ces théories.

Toute cette étude clinique et anatomo-pathologique que nous venons d'analyser rapidement, a donc le mérite d'avoir résolu des questions jusque-là incertaines, et en même temps d'avoir redressé des erreurs d'interprétation déjà anciennes. Les considérations et les conclusions auxquelles elle a conduit l'auteur, comportent du reste des applications thérapeutiques immédiates. Au syndrome gastrique initial convient le traitement de toute dyspepsie atone ; aux accidents de la période terminale, celui de toute gastrite aiguë. Dans ce dernier cas, l'usage du régime lacté semble devoir s'imposer, avec ou sans le concours des opiacés, comme le seul moyen de calmer les phénomènes douloureux qui interviennent comme une des plus graves complications d'une maladie déjà par elle-même essentiellement cachectisante. Au point de vue prophylactique, il serait pareillement rationnel d'empêcher autant que possible la déglutition des crachats tuberculeux ; mais la mise en pratique de cette recommandation implique des difficultés qui la rendent à peu près illusoire.

En somme la thèse de M. Marfan a le mérite incontestable d'avoir donné la première une description clinique complète et une interprétation pathogénique rationnelle des troubles gastriques dans la phthisie pulmonaire. A ces divers titres elle est digne de prendre place parmi les meilleures productions médicales de l'année, car elle a toute la valeur d'un travail original, riche de déductions neuves pour l'élaboration desquelles l'auteur n'a épargné ni son temps ni sa peine.

P. Muselier.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë, par le Dr Mathieu Picaud. (Thèse de Paris.)

Par 21 observations recueillies pour la plupart dans le ser-

vice du Professeur Charcot, M. Mathieu-Picaud cherche à établir que l'hérédité nerveuse joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de la paralysie spinale aiguë de l'enfance. Dans tous ces cas on trouve, parmi les ascendants du malade, des nerveux de divers ordres, aliénés, épileptiques, hystériques ou autres. L'influence héréditaire ne paraît pas douteuse. C'était du reste facile à prévoir car il semble de plus en plus démontré que les causes occasionnelles qui provoquent l'éclosion de maladies nerveuses ne peuvent agir que sur des sujets entachés d'hérédité: leur action est très restreinte sur les autres. La nature vraie de la paralysie infantile est encore à chercher, et, selon toute vraisemblance, cette maladie est d'origine infectieuse.

Contribution a l'étude de la pathogénie des névrites périphériques, par le Dr Grimodie. (Thèse de Paris.)

Il y a peu de temps encore, on recherchait dans les altérations du système nerveux central la cause de toutes les névrites, mais depuis les travaux de Pierret et de Déjerine une réaction s'est produite et le cadre des névrites périphériques s'élargit chaque jour. Le travail de M. Grimodie a pour objet l'étude symptomatologique et anatomique de ces dernières et en même temps la recherche de leurs causes réelles. Il arrive à cette conclusion que les névrites dites spontanées ne sont pas indépendantes de toute lésion des centres nerveux et que, dans la majorité des cas, elles paraissent devoir se rattacher à une altération des méninges et à la névrite radiculaire postérieure, puis antérieure qui en est la conséquence.

Les névrites possèdent une évolution parallèle à celle de la lésion centrale qui leur a donné naissance, et évoluent d'après un processus à peu près identique dans tous les cas. Quant à l'intégrité apparente du système nerveux central qu'on note dans beaucoup de cas, elle est expliquée par ce fait que, en vertu des lois de la dégénerescence Wallérienne, les altérations périphériques disparaissent longtemps après les lésions plus voisines du centre qui leur ont donné naissance.

La crampe des écrivains et son traitement, par le Dr E. Lallemand. (Thèse de Paris.)

Ayant eu à examiner, dans sa propre famille, un cas de crampe des écrivains, dont il a pu suivre la marche et sur lequel il a vu essayer successivement divers traitements, l'auteur a fait de ce cas le sujet de sa thèse inaugurale. L'observation qu'il donne, très complète et bien prise, est fort intéressante. La partie thérapeutique est soigneusement étudiée, les divers modes de traitement de la crampe des écrivains sont exposés et critiqués par M. Lallemand, qui se rallie au traitement de Neflel dont il n'a eu qu'à se louer. Il est basé sur l'emploi successif des courants galvaniques, puis des courants induits dont on augmente graduellement l'énergie. Neflel a guéri par sa méthode plusieurs malades atteints de crampe professionnelle, sans qu'une rechute se soit produite, et M. Lallemand a obtenu le même succès avec son malade.

Essai sur la pathogénie des amyotrophies, par le Dr L. Gaboriaud. (Thèse de Paris.)

Ce travail repose sur la curieuse observation d'un malade atteint d'une amyotrophie qui tenait à la fois d'une affection de la moelle et d'une affection myopathique, ou du moins dont les symptômes étaient myopathiques et cependant se trouvaient en rapport avec une lésion de la moelle. L'auteur conclut de l'étude de ce cas que peut-être ces deux classes d'amyotrophies, que l'on considère comme si distinctes, ne sont que des phases distinctes d'un même processus. Il regarde comme probable l'intervention d'un trouble trophique ayant la moelle pour point de départ, alors même qu'elle ne paraît pas altérée au microscope. Les maladies du système nerveux sont sous la dépendance de l'hérédité; or, il est possible que cette hérédité se manifeste par un arrêt de développement des éléments constitutifs de l'axe médullaire. Ne pourrait-on pas faire de l'atrophie musculaire en général, et dans toutes ces variétés, une maladie d'évolution du système neuro-musculaire, frappant la moelle lorsqu'elle est encore en voie d'accroissement? C'est là une hypothèse qui est vraisemblable, mais qui a besoin d'être étayée sur des faits nombreux et non pas seulement sur un cas encore unique.

Georges Lémoine.

AFFECTIONS CHIRURGICALES

Éther iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, par F. Martel. (Th. Paris, 1888.)

Dans la cure de la tuberculose, la prééminence doit être laissée au traitement médical. Le chirurgien reste avec un rôle limité ne pouvant s'attacher qu'à la lésion locale, si même il ne lui est pas recommandé de s'abstenir de toute intervention. C'est que la généralisation tuberculeuse a pu être parfois la conséquence du traumatisme et que, sous prétexte d'enlever l'épine d'un mal tout à fait localisé, on a souvent réussi à donner un coup de fouet au processus pathologique. L'opérateur doit en tous cas faire ses efforts pour mettre à l'abri de l'auto-inoculation le faible organisme sur lequel il va agir, et sur lequel retentit si vivement toute action traumatique. L'iodoforme, le chlorure de zinc et l'ignipuncture sont tour à tour désignés pour lui faciliter sa tâche.

Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose. (*Peau, tissu cellulaire sous-cutané, ganglions*), par A. Maschat. (Th. Paris, 1888.)

Le même traitement n'est pas applicable à toutes les manifestations externes de la tuberculose. Bien au contraire, des méthodes thérapeutiques complètement dissemblables peuvent être employées avec un égal succès dans une même affection. C'est au chirurgien qu'il appartient de discerner les indications: tandis qu'il ouvrira l'abcès d'un malade fortement constitué, qu'il raclera la poche, qu'il abrasera les tissus atteints, il se bornera à une simple ponction suivi d'un timide lavage borique, à des cautérisations, à des frictions répétées, à l'hydrothérapie, si le sujet qui se présente à lui est d'une constitution débile, d'un tempérament faible. Il aura recours aux injections chez celui qui présente les symptômes d'une tuberculose pulmonaire avancée, dans les cas encore où la plaie est récente, superficielle et ne menace pas de s'ouvrir.

Le traitement des abcès par congestion a l'aide des injections d'éther iodoformé, par A. Hameau. (Th. Paris, 1888.)

Les injections d'éther iodoformé jouissent de la plus grande efficacité dans le traitement des abcès par congestion. Elles sont absolument inoffensives à moins qu'on n'injecte une trop grande quantité de liquide ou que la solution soit trop concentrée: c'est à l'un ou à l'autre de ces facteurs que M. Verneuil rattachait les accidents généraux signalés tout dernièrement à la Société de chirurgie par MM. Houzel et Quenu.

Du traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorure de zinc au dixième avec ou sans injection préalable, par P. Lerond. (Th. Paris, 1888.)

Ce travail a pour base 53 observations prises dans la pratique de M. Polaillon. Depuis huit années, le chirurgien de la

Pitié injecte un gramme de chlorure de zinc en solution au dixième dans les hydrocèles de volume ordinaire et diminue la quantité si le volume est moindre. La réaction serait très modérée, nullement comparable dans la majorité des cas, à celle produite par la teinture d'iode ; possibilité en outre pour le malade de se lever quarante-huit heures après l'opération, à la condition d'être pourvu d'un bon suspensoir.

Ponction et injection antiseptique dans les hémarthroses du genou, par Vincent-Martin. (Th. Paris, 1888.)

Si l'épanchement sanguin est abondant, s'il siége dans une articulation antérieurement malade, s'il se montre chez un vieillard, un scrofuleux, s'il accompagne une fracture de la rotule, la ponction et souvent l'injection antiseptique se trouvent indiquées. Elles ont pour avantages d'être inoffensives, faciles, de supprimer la douleur à l'instant même, de prévenir l'atrophie musculaire, l'ankylose, la tumeur blanche et de permettre l'application immédiate d'appareils inamovibles.

Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques, par Ch. Le Page. (Th. Paris, 1888.)

La cure radicale des hernies est aujourd'hui monnaie courante de la pratique chirurgicale. On n'intervient plus seulement comme jadis pour lever un étranglement, on profite de l'occasion pour fermer à tout jamais la porte péritonéale quand on ne va pas jusqu'à pratiquer de propos délibéré l'opération pour supprimer le simple port d'un bandage. Les chirurgiens et M. Lucas-Championnière en particulier, ont fait le tableau fidèle de ces hernieux dont l'existence est empoisonnée par le souci de maintenir leur hernie réduite, de ces jeunes gens qui se voient de par leur infirmité arrêtés au seuil de telle ou telle carrière et ils démontraient les bons effets de l'intervention en même temps qu'ils insistaient, grâce à l'antisepsie, sur sa réelle bénignité.

La hernie épigastrique se prête, comme les autres, à la guérison définitive ainsi que M. Le Page prend soin de l'établir. Trois récidives sur dix-sept opérations, sans morts bien entendu, sont pour lui et pour nous des résultats fort encourageants d'autant plus que les récidives ont encore eu l'avantage de délivrer les malades des symptômes alarmants qui les empêchaient de gagner leur vie. Et en raison de la bénignité de la cure radicale que l'auteur se plaît lui aussi à proclamer, il trouve l'intervention indiquée quand la hernie épigastrique, quoique réductible, gêne le travail ; quand elle est irréductible, s'accompagnant de troubles incompatibles avec l'existence ; quand elle doit être maintenue par un bandage dont le malade désire à tout prix s'affranchir.

Ch. Amat.

BULLETIN

Le médecin et la médecine de nos jours.

Deux des plus distingués professeurs de la Faculté de médecine de Paris ont exposé, dans leur récente leçon d'ouverture, l'un ce qu'est le médecin de nos jours, l'autre ce que doit être actuellement la médecine. L'enseignement qui se dégage de ces deux leçons ne s'adresse pas moins aux praticiens qu'aux élèves, et mérite ainsi de ne pas rester confiné dans l'enceinte d'un amphithéâtre.

Il y a cinquante ans, dit le premier de ces professeurs, M. Brouardel, le médecin vivait pour ses clients et faisait partie de la famille, *medicus familiaris*. Parti avec son bagage d'étudiant, il ajoutait le fruit de son expérience personnelle aux anciennes leçons de ses maîtres, et devenait souvent un excellent praticien. Il jouissait auprès de ses clients d'une confiance et d'une autorité sans conteste ; nul ne songeait à critiquer ses prescriptions. En tout cas sa responsabilité, comme son champ d'action, ne dépassait pas les limites de la famille. Aujourd'hui le rôle du médecin s'est considérablement étendu. La révolution opérée en médecine par les doctrines microbiennes a donné à l'hygiène publique un essor considérable. D'autre part les notions nouvelles que chaque jour la méthode expérimentale permet d'enregistrer ne restent plus le domaine exclusif de quelques hommes spéciaux : la grande presse rivalise avec la presse scientifique pour les répandre jusque dans les points les plus reculés. Il en résulte, d'abord que le médecin a un véritable rôle social à remplir, ensuite que son intervention, soit dans les soins donnés aux familles, soit dans les mesures qui intéressent la santé publique, est appréciée, jugée, contrôlée, souvent critiquée avec plus ou moins de compétence ou de bienveillance. Il ne jouit donc plus de la quiétude d'autrefois ; sa responsabilité a grandi considérablement, et s'il doit dédaigner les attaques injustes dont il peut être l'objet, attaques parfois d'autant plus odieuses que les obligations du secret professionnel ne lui permettent pas de se défendre, il ne saurait transiger avec sa conscience lorsque de son savoir, de son intelligence et de son énergie, dépendent souvent l'extinction sur place ou la propagation d'une épidémie meurtrière.

Le devoir de la Faculté, en présence de cette extension du rôle dévolu au médecin, est de lui donner l'instruction nécessaire pour remplir dignement ce rôle. A cet effet elle a créé plusieurs laboratoires et perfectionné l'enseignement pratique.

De son côté l'Etat, s'il veut pouvoir compter sur le concours des médecins pour l'organisation et le fonctionnement des services d'hygiène publique, a lui aussi des devoirs, dont il ne semble pas encore profondément pénétré, et à ce sujet, on ne peut qu'applaudir, avec les auditeurs de M. Brouardel, à la partie finale de son intéressante leçon.

« Le législateur, dit-il a pensé que les services d'hygiène ne demandaient pas beaucoup de temps et qu'on pouvait compter sur la gratuité de la part de ceux qui s'en chargeraient. C'est là une erreur. Les questions qui touchent à la santé publique ont acquis, dans ces dernières années, une telle importance, qu'elles peuvent remplir la vie d'un homme, et le médecin, toujours prêt à n'importe quel dévouement, pourvu qu'il ne soit pas de longue durée, peut prétendre, dans l'espèce, à une autre récompense que la satisfaction d'avoir bien mérité de la patrie ».

— Voilà donc le médecin, l'ancien *médecin de la famille*, devenu le gardien de la santé publique, le *médecin public*. La médecine, dans sa conception générale, a subi une transformation correspondante. « L'étiologie, dit M. Brouardel, est la grande préoccupation du moment en pathologie, et chacun de nous est convaincu qu'il est plus facile d'empêcher 1000 hommes d'avoir la fièvre typhoïde que d'en guérir un seul ».

A un autre point de vue, et en envisageant la maladie en elle-même, dans son origine, son évolution, sa terminaison, et dans l'indication des moyens thérapeutiques qu'on peut lui opposer, les idées ne tendent pas moins à se transformer. *L'empirisme* d'autrefois a fait place à la thérapeutique des symptômes qui, pour jouir d'une plus grande faveur, a pris le nom de *thérapeutique physiologique*. Son action n'en est pas

moins simplement palliative. Or, le but à atteindre, c'est la guérison; si l'empirisme et la thérapentique physiologique permettent parfois de l'obtenir, elles n'en donnent pas la raison immédiate, la clef, le mécanisme; cette notion ne peut être fournie que par la *pathogénie*, et l'évolution que nous indiquons conduit ainsi à la *thérapeutique pathogénique*.

M. le professeur Bouchard est l'un des savants dont les efforts ont le plus contribué à cette évolution. Le passage suivant de sa leçon d'ouverture montre les phases par lesquelles la question a passé.

« Mon maître, M. Charcot, disait, il y a vingt-trois ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *anatomiquement* ». Un de ses élèves, M. Lépine, disait, il y a douze ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *physiologiquement* ». Ces deux préceptes sont excellents, et l'on peut dire que Laënnec, Cruveilhier, Cl. Bernard avaient préparé les voies et disposé les médecins à bien accueillir ces conseils. Il est bon, assurément, que le médecin s'habitue à contempler, par une vue intérieure, l'état des parties où s'accomplit l'acte pathologique, à voir, comme par transparence, les organes malades. Il est indispensable, aussi, qu'il se rende compte de l'entrave apportée au fonctionnement naturel de ces parties et du trouble physiologique qui en résulte pour les autres organes. Mais il est incomparablement plus utile pour le clinicien et pour le pathologiste qu'ils accoutument leur esprit à rechercher et à discerner pourquoi et comment ces lésions et ces désordres surviennent, pourquoi et comment ils persistent ou s'accroissent, pourquoi et comment ils se dissipent. Penser *pathogéniquement*, c'est ce que, depuis dix ans, je recommande au médecin, sans trêve et sans crainte de redites. » (*Semaine médicale*, n° 14).

On sait que M. Bouchard range sous quatre chefs principaux les procédés pathogéniques: 1° Les troubles préalables de la nutrition (élaboration incomplète de la matière vivante: lithiase biliaire, obésité, diabète, goutte, etc.); 2° La dystrophie cellulaire primitive (traumatismes, intoxications, etc. produisant des lésions sans qu'il y ait modification préalable de la nutrition ni connivence du système nerveux); 3° Les réactions nerveuses; 4° L'infection. Ces quatre procédés pathogéniques se montrent isolément ou se combinent, s'associent les uns aux autres en des proportions différentes, et c'est à discerner leur action respective que doit s'appliquer le médecin pour retirer de son examen les inductions thérapeutiques les plus légitimes, et par suite appliquer les médications les plus efficaces. Celui qui ne tiendrait compte que d'un mode pathogénique, de l'infection, par exemple, comme c'est trop souvent le cas de nos jours, tomberait fatalement dans l'erreur et serait conduit à une thérapeutique impuissante. C'est de là que viennent, suivant M. Bouchard, les contradictions dont on fait grand bruit entre les faits cliniques et les doctrines microbiennes, contradictions que l'œuvre scientifique de chaque jour tend à dissiper.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Épidémies. — La fièvre jaune sévit à la Havane. On attribue ce réveil de la maladie à une prédominance des vents du sud ou du sud-ouest.

— Le paquebot français la *Ville-de-Montevideo*, venant de Rio-de-Janeiro, est arrivé ces jours derniers au Havre après avoir eu pendant la traversée six cas de fièvre jaune, dont trois mortels. Avisée de cette situation, l'inspection générale du service de santé a donné l'ordre de diriger immédiatement le navire infecté sur Saint-Nazaire, parce que ce dernier port possède un lazaret.

Il serait à désirer, pour soustraire les passagers à des ennuis et les armateurs à des dépenses inutiles, qu'un grand port de commerce comme le Havre fût doté d'un lazaret complet, bien isolé et pourvu d'appareils permettant une désinfection réelle et rigoureuse. On éviterait ainsi de se trouver dans la nécessité d'imposer aux navires infectés une traversée supplémentaire de soixante-douze heures, nécessaire pour se rendre jusqu'au lazaret de Saint-Nazaire.

— Le choléra sévit d'une manière épidémique à Port-d'Endeh, capitale de l'île Florés (archipel de la Sonde).

Banquet de la presse scientifique. — Les membres de la presse scientifique ont fêté samedi dernier, dans un banquet, l'élection de M. Berthelot aux fonctions de secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

M. Ferdinand Delaunay a porté la santé du nouveau secrétaire perpétuel, de l'auteur des magnifiques travaux sur la synthèse, la thermo-chimie, les matières explosives et l'histoire des alchimistes de l'antiquité.

M. Berthelot, après quelques mots de remerciements, a rappelé aux membres de la presse scientifique qu'il était leur confrère par sa collaboration aux *Comptes rendus*, fondés il y a un demi-siècle par Arago, « qui avait compris le rôle et la puissance de la publicité dans le monde moderne », aux *Annales de physique et de chimie*, à la *Revue rose*, à la *Revue des Deux-Mondes*, à la *Nouvelle Revue*, au *Temps*, etc.

« Je me fais gloire, a dit M. Berthelot, de participer à votre œuvre. Arago, Foucault, Faye ne me désavoueraient pas; Diderot, Voltaire, Victor Hugo, Renan seraient de mon avis. Vous êtes les vulgarisateurs des grandes idées, les propagateurs des découvertes. Quant à nous, qui sommes arrivés à ce terme final d'honneur et d'autorité que tout savant ambitionne, notre premier devoir c'est de tâcher d'épargner aux jeunes les difficultés dont nous avons souffert. »

Les poêles mobiles. — La dixième chambre de police correctionnelle, présidée par M. Hepp, vient de prononcer son jugement dans l'affaire du triple homicide par imprudence causé dans une maison de la rue de Poissy, par les émanations d'un poêle Choubersky, émanations qui ont asphyxié non les propriétaires du poêle, mais des ouvriers habitant une mansarde de la maison.

Le tribunal a renvoyé les prévenus, MM. Baudin, Marie et Malbé, des fins de la poursuite, attendu que l'oxyde de carbone a pénétré dans la chambre des victimes par suite d'un vice de construction : une fissure dans le corps de la cheminée.

Le tribunal a réservé la responsabilité du propriétaire de l'immeuble.

Mesures a prendre contre le danger de transmission de la variole par des nomades pendant l'Exposition universelle de Paris. — Dans sa séance du 29 mars dernier, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a, sur le rapport de M. Proust, adopté la résolution suivante :

1° Il y a lieu de vacciner et de revacciner tous les nomades, marchands forains, baladins et saltimbanques qui vont arriver à Paris pour l'Exposition universelle ;

2° Aucune installation ne pourra être autorisée, sous quelque prétexte que ce soit, si ces individus ne possèdent pas un certificat constatant cette vaccination ou revaccination récente.

Cette mesure est justifiée par un fait tout récent observé à

Marigny-Marmande (Indre-et-Loire), où plusieurs cas de variole ont été observés consécutivement au passage d'un bateleur forain, dont quatre enfants étaient atteints de la fièvre éruptive.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de clinique d'accouchements est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Engel, professeur de chimie, a été élu membre du Conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Bertin-Sans, démissionnaire.

***

Ecole de médecine de Nantes. — M. Audrain, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, est chargé en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de pharmacie.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le Dr Leudet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Besançon. — Par arrêté en date du 3 avril 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889 à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Réunion de l'Association des médecins de la Seine en 1889. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu dimanche prochain 7 avril à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'exercice 1888;

2° Election d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général;

3° Renouvellement par tirage au sort de la Commission générale.

***

Congrès international d'hygiène et de démographie en 1889. — Comme complément aux renseignements qui ont été déjà publiés, voici les questions mises à l'ordre du jour par le comité d'organisation du Congrès international d'hygiène et de démographie qui aura lieu à Paris, du 4 au 11 août 1889, à la Faculté de médecine :

1° Mesures d'ordre administratif médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance. — Rapporteurs : MM. Landouzy et Napias.

2° De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadones, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes. — Rapporteurs : MM. Du Mesnil et Journet.

3° Régime et distribution de la température dans l'habitation. — Rapporteurs : MM. E. Trélat et Somasco.

4° Action du sol sur les germes pathogènes. — Rapporteurs : MM. Grancher et Richard.

5° Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels. — Rapporteurs : MM. Arnould et A.-J. Martin.

6° De l'assainissement des ports. — Rapporteur : M. Proust.

7° Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques. — Rapporteurs : MM. Brouardel, Ponchet et Loye.

8° De la statistique des causes de décès dans les villes. — Rapporteur : M. Bertillon.

***

Troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie en 1889. — Le troisième Congrès de la Société allemande de gynécologie se réunira à Fribourg-en-Brisgau du 12 au 14 juin prochain.

— Le Congrès de l'Association médicale italienne se tiendra cette année à Padoue, en septembre.

***

Concours de Saint-Lazare. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, M. le Dr Barthélemy, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare.

***

Isolement de l'hôpital Trousseau. — Le directeur de l'Assistance publique, d'accord avec la Commission sanitaire, a décidé d'installer provisoirement le service des rubéoleux de l'hôpital Trousseau, dans un pavillon relativement isolé du reste de l'hôpital et voisin de la chapelle. Ce pavillon est situé assez loin de la rue de Charenton et des autres voies publiques pour qu'elles n'aient rien à redouter de son voisinage.

***

Construction à Bobigny d'un hôpital de varioleux. — Le Conseil municipal de Paris a adopté les conclusions du rapport de M. Navarre, tendant à la construction d'un hôpital de varioleux dans la commune de Bobigny.

***

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 12 et 13 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 12 mai 1889.

La séance est ouverte à deux heures.

1° Allocution du Président;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1888, par M. A. Riant, secrétaire-général;

5° Première partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1889.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel-Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 13 mai 1889.

La séance sera ouverte à deux heures.

1re *Partie.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1889. Discussion et vote des propositions.

4° Election de la Commisson chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1890;

5° Election d'un membre du Conseil général de l'Association, en remplacement de M. Leroy de Méricourt, démissionnaire;

6° Renouvellement partiel du Conseil général :

Membres du Conseil à renouveler : MM. Lannelongue, Passant, Hérard, de Ranse, Bancel, Dufay, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles).

2e *Partie.* — 1° Rapport de M. Durand-Fardel, sur le vœu de la Société de l'Orne (*Réglementation des vœux*).

2° Rapport de M. Bucquoy, sur le vœu des Sociétés du Rhône et de la Marne (*Mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital, etc.*).

3° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de Laon, Vervins, Château-Thierry (*Assistance dans les campagnes*) et le vœu de la Société de Châtillon-sur-Seine (*Direction générale de la santé publique*).

4° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1890.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'ulcère simple de l'œsophage, par le Dr Serrez, in 8°, 2 fr. 50. Ancienne maison Delahaye et Lecrosnier. — Lecrosnier et Babé successeurs.

La descendance des alcooliques, par le Dr Comhemale, in 8°, 3fr.50. Ancienne maison Delahaye et Lecrosnier. — Lecrosnier et Babé successeurs.

L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique, par les Drs Auvard et Secheyron, in 8°, 2 fr. Ancienne maison Delahaye et Lecrosnier. — Lecrosnier et Babé successeurs.

Etude clinique sur le délire religieux, (Essai de séméiologie), par le Dr Dupain, 1 vol. in 8°, 5 fr. Ancienne maison Delahaye et Lecrosnier. — Lecrosnier et Babé successeurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Carlier. Doigt à ressort.

M. Le Cuziat. Du traitement du rein mobile douloureux ; de la néphrorraphie expérimentale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 MARS 1889.

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 4. — Rongeole, 40. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 52. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses, 35. — Autres, 8. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 11.—Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë, 34. — Bronchite chronique, 43. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 74. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 15 —Biberon, 40. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5 — Fièvre et péritonites puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 33. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 15. — Total, 1054.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'ANTIPYRINE ; MODE D'EMPLOI ; RÉSULTATS ; CONTRE-INDICATIONS, par Albert ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

I

Depuis le mois d'octobre 1887, je traite par l'antipyrine les diabétiques de mon service à la Maison de retraite des Ménages. Dans une autre communication je dirai comment j'ai été conduit à cette pratique et quelle lumière les effets de l'antipyrine jettent sur la physiologie pathologique et même sur la pathogénie du diabète, en confirmant de la façon la plus éclatante toutes les idées de Claude Bernard. Aujourd'hui, je veux simplement rapporter quelques-unes de mes observations dans leur partie exclusivement clinique, et insister sur la manière dont on doit se servir de l'antipyrine et sur quelques contre-indications à son emploi.

Car l'antipyrine n'est pas un médicament que l'on puisse administrer d'une manière indifférente : son action paraît, dès l'abord, presque prodigieuse, et l'on serait tenté, après quelques essais, d'en faire comme le médicament spécifique du diabète. Il n'en est rien et son rôle est plus modeste, tout en n'étant pas sans inconvénient dans quelques cas qu'il s'agit de bien préciser, pour que les insuccès qui ne manqueront pas de se produire ne viennent pas compromettre l'avenir d'une médication qui influence si profondément deux des symptômes les plus importants du diabète : la polyurie et la glycosurie.

II

Parmi les observations que j'ai recueillies, j'en extrais quatre qui correspondent aux points essentiels que je veux mettre en relief.

OBS. I. — Une femme de 69 ans, très vigoureuse, ancienne rhumatisante, est diabétique depuis onze ans. La première analyse d'urée faite en 1882, révéla 42 grammes de sucre par litre. En 1885, elle rendait de 2 à 3 litres d'urine, avec une contenance moyenne de 40 à 45 grammes par litre. En 1886, elle fut soumise au traitement par l'opium et la belladone qui donna les résultats suivants :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
Avant le traitement.	2.510	1032.5	121.338	traces.
Pendant —	1.760	1027.5	51.868	—
Après —	1.700	1032	80.535	—
Reprise du —	1.250	1024	22.587	—

Le 30 octobre 1887, elle rentre à l'infirmerie, parce qu'il lui est difficile d'observer chez elle le régime qui lui a été prescrit. Pendant les trois premiers jours de son séjour, elle est nourrie avec les mêmes aliments que les autres malades, mange du pain et des farineux, et prend du sucre dans son café. Voici quelles furent les variations du sucre urinaire :

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite (1).

II

La Commission des grades supérieurs compte peu de médecins et les généraux qui la complètent en nombre, faisant appeler de tradition un médecin civil, paraissent avoir eu peu d'occasions d'étudier la valeur thérapeutique de nos camarades.

Ce classement par à peu près et quelquefois par lettres recommandées, est d'autant plus grave que l'avancement avance peu. Une seule vacance doit se produire en octobre pour les principaux de 1re classe et le Tableau de 1887 n'étant pas épuisé, celui de 1888 avec ses 4 proposés « in partibus » ne sera même pas entamé (1).

Puis un concours public aurait l'avantage de tout dire, surtout de publier, sans cachettes puériles, la deuxième partie du Tableau dite, à cause de ses obscurités décevantes, le *Tableau noir*.

Sans doute il en circule dans toutes les garnisons des listes toutes dites exactes, mais il y a des variantes et ces demi-officielles sont sans aucune garantie du gouvernement.

(1) Voir le numéro précédent.

(1) Par décision d'il y a quelques jours (2 avril 1889), cetle Commission toute supérieure qu'elle était vient d'être supprimée.

L'art. 7, 3e alinéa porte : « Les Commissions de l'intendance et du service de santé prononcent l'inscription définitive au tableau d'avancement « jusqu'au grade de sous-intendant de 1re classe et de médecin principal de « 1re classe. »

Il y a progrès évident ; c'est le classement par des pairs et des médecins par les médecins, mais ce n'est pas de classement *public*, encore moins le *Concours-Commission de classement*, et si cela peut paraître suffisant pour les intendants et la conservation des vivres, c'est insuffisant pour la conservation de la vie humaine.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
31 oct. 1887...	1150	1035	51.95	0
1er nov. — ...	1230	1034	57.96	traces.
2 — — ...	1640	1027	62.88	0
Moyennes...	1340	1032	57.59	

A partir du 2 novembre, la malade prit, pendant onze jours, sans modifier son régime, 4 grammes d'antipyrine, par paquets d'un gramme toutes les quatre heures.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
3 nov. 1887.	1420	1025.5	»	0
4 — — .	1490	1026	43.66	0
5 — — .	1720	1020.5	38.21	traces
6 — — .	1120	1025.5	23.03	0
7 — — .	1375	1021.5	21.15	0
8 — — .	1620	1020.5	22.94	0
9 — — .	1110	1024	10.84	traces
10 — — .	1550	1016.5	4.54	—
11 — — .	1510	1019	6.63	traces sensibles.
12 — — .	1570	1018	4.98	—
13 — — .	1420	1019	4.85	0.40
Moyennes..	1425	1021.5	16.44	

Durant les dix premiers jours, l'antipyrine fut parfaitement tolérée; elle ne produisit qu'une légère diminution de l'appétit et un peu de constipation; mais à partir du onzième jour, la malade, dont le caractère est difficile et inquiet, prétendit ressentir un malaise général et un complet dégoût des aliments; elle déclara aussi éprouver dans toute la figure comme un sentiment de tension analogue à celui qu'on ressent quand la face est enflée.

L'antipyrine fut supprimée: la malade déclara, dès le lendemain, qu'elle se trouvait très bien. L'urine présenta les caractères suivants :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
14 nov. 1887.	1540	1017.5	7.14	0.450
15 — — .	1400	1022	17.09	0.560
16 — — .	1460	1021	18.52	0.730
17 — — .	1020	1024	23.08	0.648
18 — — .	1640	1022	20.02	0.820
21 — — .	1350	1023	13.18	0.520
23 — — .	1470	1030	44.87	0.410
24 — — .	1200	1023.5	10.25	0.315
Moyennes..	1470	1022.8	19.89	0.556

La malade sortit de l'infirmerie quelques jours après, sans que le sucre eût augmenté sensiblement. Elle se sentait aussi bien que possible.

En janvier, avril, juillet et septembre 1888, j'eus l'occasion d'examiner de nouveau ses urines. Elles contenaient beaucoup de sucre, mais l'albumine avait disparu dès l'examen de janvier. L'analyse de septembre donna les résultats suivants :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
28 sept. 1888..	1770	1035.5	108.06	0

Obs. II. — Homme de 50 ans. Diabétique depuis 10 ans. A suivi sans succès tous les traitements. Soumis habituellement à un régime assez peu sévère. En juillet 1887, le sucre s'élevait à 291,96. Le régime et l'usage de l'arsenic le firent progressivement tomber à 91,57 en décembre 1888. Ce malade est en même temps albuminurique; le 17 décembre 1888, il rendait 5 gr. 200 d'albumine dans les 24 heures.

Pendant cinq jours, il prit matin et soir un gramme d'antipyrine mêlé à un demi-gramme de bicarbonate de soude. En même temps il relâcha encore la sévérité de son régime, mangea du pain, des pommes de terre bouillies à l'eau, et but chaque jour un peu de vin sucré. L'urine fut analysée le sixième jour. Elle contenait 39,22 de sucre et 5,010 d'albumine. Le tableau ci-dessous résume sommairement les deux :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.	Acide. urique.
Avant l'antipyrine.	2500	1027	91.57	5.200	0.700
Après l'antipyrine.	2200	1022.5	39.22	5 016	1.012

Dans cette observation, l'antipyrine prise à petite dose et associée au bicarbonate de soude a sensiblement diminué le sucre sans augmenter l'albumine. L'acide urique s'est considérablement accru, suivant aussi la règle que j'ai formulée jadis (1).

Obs. III. — Une femme de 65 ans, ancienne rhumatisante, très nerveuse, est diabétique depuis dix années au moins. Elle a été soignée par M. A. Guérin pour un grand anthrax de la hanche, puis par M. Hérard qui la soumit à un régime sévère et à la médication arsenicale: au bout de deux mois de traitement le sucre disparut. Mais un mois après sa sortie, comme elle avait cessé tout traitement, le sucre reparut. La malade fit alors plusieurs séjours

(1) Albert Robin. L'antipyrine, son action sur la nutrition, sa médication générale. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 déc. 1887.

On cite des médecins qui ont été « amusés » jusqu'à la plus extrême limite d'âge par des perspectives fuyantes.

On les amorçait, ils étaient toujours sur le point d'être « classés ». Ils le manquaient d'un cheveu. Après chaque Tableau ils se frottaient les mains d'un air discret et indiscret, en laissant entendre par cette pantomime que c'était pour la prochaine fois.

Ils arrivaient ainsi au « rayé de contrôles » après des reports d'illusions successives et une périodicité de joies et de consternations annuelles.

∴

Les journaux laudatifs qui, comme toute autre mesure ministérielle, avaient trouvé « l'aptitude » adorable sa vie durant, sont eux aussi en consternation.

Ils ne soufflent mot de cette question capitale et restent bouche fermée « pour cause de décès ».

Il va leur falloir aiguiller sur une voie — toujours ministérielle, — mais différente, leur aptitude à des satisfactions viagères.

Ce n'est pas pour embarrasser leur « beau-fixe », je suis persuadé que ces loueurs de louanges en corde sans fin trouveront à la longue, pour la décision du 8 février, des enthousiasmes qu'on se rappellera vaguement avoir lus pour des décisions contraires.

Comment ces partisans du fade et stérile tout *admirari* ne voient-ils pas qu'une critique honnête vivifie et que la rotation de leurs éloges sans nuages fatigue le lecteur sans plaire beaucoup aux Directeurs et aux Ministres qui ont des sourires diplomatiques pour ces « compliments ».

∴

Nous qui combattons ici-même, depuis deux ans, l'Aptitude-Didiot qui diplômait les plus secs des fruits secs, nous n'en avons que les mains plus libres pour louer la 7e direction et du récent concours décrété et de la récente conduite à bonne fin ou plutôt à bon commencement de l'École de santé de Lyon.

Cette « nouvelle » vient d'ouvrir ses cours par une revue, le 11 mars, avec 70 élèves *fœtus*; nous avions un peu raison de supposer que les anciens se caserneraient peu d'eux-mêmes. On ne s'ampute pas de la liberté.

Et il n'était guère pour les induire en tentation claustrale, ce vieil hôpital de la Charité où l'on a mis l'École « en garni » et qui

dans les hôpitaux, et elle fut traitée, en particulier, par M. G. Sée en 1885.

Elle obtint, au commencement de 1887, son admission à l'hospice des Ménages et s'en vint à l'infirmerie le 7 juin 1887, se plaignant de polydipsie, de faiblesse extrême, et disant qu'elle avait énormément maigri.

Soumise à divers traitements du 7 juin au 28 juillet, elle n'en parut ressentir qu'une faible amélioration. Les quantités d'urine et de sucre présentèrent les variations suivantes :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
13 juin 1887.	1520	1026.5	76.83	0
15 — — .	2120	1025.5	96.29	0
27 — — .	1880	1025.5	48.20	0
10 juillet — .	1300	1029	41.16	0
19 — — .	2430	1028	93.16	0
28 — — .	1770	1027	73.47	0
Moyennes...	1835	1026.6	71.52	0

Depuis le 28 juillet jusqu'au 10 octobre, la malade n'est soumise à aucun traitement régulier et se borne à suivre un régime auquel elle fait cependant de fréquentes infractions. A partir du 10, on lui ordonne de cesser son régime et de manger tout ce qui lui fait plaisir. L'analyse de l'urine donne les résultats suivants :

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
11 oct. 1887.	1950	1021.5	43.808	0
12 — — .	2720	1019	31.881	0
13 — — .	2510	1018	50.689	0
14 — — .	1730	1025.5	33.712	0
Moyennes.	2230	1021	40.02	0

A partir du 15 octobre, sans modifier son régime, c'est-à-dire en continuant à lui permettre de manger du pain, des farineux, du sucre, on lui donne de l'antipyrine à la dose de 4 grammes par jour, en 4 doses, à trois heures d'intervalle.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
15 oct. 1887.	1910	1018.5	30.312	0
16 — — .	2600	1016	30.198	0
17 — — .	1670	1015.5	12.234	0
18 — — .	1104	1020.5	1.303	0
19 — — .	1870	1016.5	5.283	0
20 — — .	1960	1020	14.837	0
21 — — .	1680	1016	»	0
22 — — .	2670	1016	15.994	0
23 — — .	1580	1017.5	12.346	0
24 — — .	2670	1014.5	14.990	0
25 — — .	2170	1015.5	3.179	traces
26 — — .	1640	1017	5.605	sensible (non dosable)
27 — — .	1380	1018.5	8.821	—
Moyennes.	1910	1017	12.930	

Pendant cette période, la malade n'éprouva aucun malaise, sauf pendant les trois derniers jours, où elle constata que son appétit diminuait sensiblement. C'est cette diminution de l'appétit coïncidant avec l'apparition de l'albumine, qui me décida à supprimer l'antipyrine ; sous l'influence de celle-ci, la quantité d'urine, la densité et le sucre avaient sensiblement diminué.

Pendant les cinq jours suivants, on cesse toute médication, la malade étant au régime mixte.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
28 oct. 1887.	1150	1015.5	0	traces
29 — — .	1150	1020	5.616	0
30 — — .	2310	1025	65.587	0
31 — — .	2300	1023	64.590	0
1er nov. — .	1340	1029.5	54.973	0
Moyennes .	1650	1022.6	38.153	traces

Le lendemain du jour où l'antipyrine fut suspendue, le sucre disparut entièrement pour reparaître bientôt et s'élever à des chiffres qui atteignirent et dépassèrent même parfois ceux du début. La densité subit aussi une notable augmentation, tandis que la quantité, suivant en cela la règle que j'ai posée, s'abaissait encore d'une manière très sensible. L'albumine disparaissait quatre jours après la cessation de l'antipyrine.

Devant cette subite réapparition du sucre, la malade fut soumise au régime carné absolu.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Albumine.
2 nov. 1887.	1850	1023	34.977	0
3 — — .	1530	1018.5	23.735	0
4 — — .	1600	1020	32.498	0
5 — — .	1500	1026	18.502	traces
6 — — .	1200	1020	20.455	—
7 — — .	1930	1024	22.940	—
Moyennes .	1600	1021.9	25.510	

contraste quelque peu avec le palais flambant neuf et si blanc qui s'élevait à Strasbourg vis-à-vis de la gothique cathédrale de grès rouge des Vosges, aux pieds de cette flèche ajourée que la confection métallurgique vient de dépasser en hauteur, mais à qui reste l'art moins industriel de ses dentelliers de pierre.

Le cadre a changé, mais les traditions restent. J'imagine qu'on débat dans les chambrées à 4 ou à 2, le nom de la nouvelle promotion: Tonkin, Desgenettes, Freycinet, Antoine, on ne peut rien prévoir; le baptême de la nôtre fut des plus imprévus : *promotion du mirliton*, et de fait, il en figura processionnellement un, de 5 mètres, qui avait des allures de bouche à feu.

Pourquoi cet instrument qui n'est pas de chirurgie? Les bons Alsaciens qui nous aimaient comme des enfants gâtés et auxquels ceux qui survivent de nous le rendent toujours, en demeurèrent à des conjectures vagues.

***

Ce qui est moins conjectural, c'est que l'hôpital un peu vieux jeu et démodé de la Charité qu'on a bien fait d'appeler Desgenettes, mais que ce baptême n'a qu'imparfaitement rajeuni, paraîtra à beaucoup avec son terrain d'alluvion, sa nappe d'eau souterraine, très variable, et l'encombrement relatif de Perrache, un milieu d'hygiène douteuse pour de jeunes élèves en l'âge de la fièvre typhoïde, transplantés là en commun et proche de 778 lits de malades — pas tous occupés, je le veux bien.

Si bien aménagé qu'on y soit il sera bon de déménager au plutôt la jeune Ecole dans le bâtiment plus de son âge qu'on va élever au bout de la rue de Marseille.

Et que ce « provisoire » ait la vie moins dure que beaucoup d'autres.

***

Le secrétariat du Conseil de santé est un exemple entre mille de ces provisoires vivaces.

Pendant onze années le titulaire précédent, qui avait sans doute beaucoup de titres dans sa serviette, s'est assis rue Saint-Dominique de midi à 4 heures devant une besogne incommensurable.

Et pour être provisoire au début, il n'en a pas moins assez fortifié sa charge et rondecuirassé son *home* bureaucratique pour y siéger en solde de Paris, et les pieds sur les chenêts, de 1874 à 1885

Avec le régime, la quantité du sucre s'abaisse très notablement mais devient bientôt stationnaire. Six mois après, la malade suivant toujours son régime, rendait 18 à 22 grammes de sucre dans les 24 heures.

(*A suivre*).

DERMATOLOGIE

EXPÉRIENCES SUR LA RÉGÉNÉRATION DES ÉPITHÉLIUMS PIGMENTAIRES CHEZ LE CHIEN ET CHEZ L'HOMME, par G. VARIOT. (1).

Dans un précédent travail, présenté en 1888 à la Société d'Anthropologie, j'ai étudié la répartition du pigment dans les taches de la nigritie du chien; mes observations microscopiques m'ont montré que les grains pigmentaires de mélanisie siégeaient, presque en totalité, dans les assises épithéliales de l'épiderme et beaucoup plus rarement dans l'épiderme et dans le derme simultanément.

J'ai appliqué le procédé qui me sert à enlever les tatouages pour détruire deux plaques de nigritie chez un jeune chien blanc et noir de dix mois. Le 1er octobre 1888 j'ai piqué au tannin et cautérisé au nitrate d'argent une petite étendue d'une tache noire occupant la lèvre inférieure de ce chien.

La surface piquée et cautérisée est du diamètre d'une pièce de un franc environ. Les deux jours qui suivent, léger gonflement et saignement marginal de la plaque cautérisée. L'animal se frotte souvent la mâchoire par terre, comme pour détacher l'eschare mince et dure qui s'est produite et il se lèche constamment. Aussi, dès le cinquième jour qui suit l'opération, l'eschare tombe. A sa place exulcération saignante qui se recouvre de croûtes. Celles-ci sont tombées le 7 octobre et laissent voir une cicatrice rosée, très superficielle, non déprimée et qui tranche vivement, par son ton clair, sur le reste de la plaque de nigritie qui n'a pas été attaquée.

Je remarque que la dépigmentation n'occupe pas seulement la surface piquée et cautérisée, mais s'est étendue un peu à l'entour.

Pendant une semaine la tache blanc rosé cicatricielle persiste comme taillée à l'emporte-pièce dans la plaque de nigritie.

(1) Communication faite à la Société d'Anthropologie le 17 janvier 1889.

Des poils follets sont apparents sur cette surface qui n'a pas l'aspect d'une cicatrice, mais d'une place incolore au milieu de la tache de nigritie.

Dans le cours de la seconde semaine après la cicatrisation, on voit plusieurs petits points noirs apparaître sur la surface rosée. Ces petits points isolés d'abord, à peine perceptibles, s'accroissent peu à peu, deviennent grands comme de petits plombs de chasse.

En même temps le rebord pigmenté de la plaque décolorée n'a plus de contours nets : on voit des processus pigmentaires partant de la surface noire, s'avancer peu à peu sur la surface cicatricielle.

Cinq semaines après l'opération, la plaque décolorée est diminuée de moitié surtout par l'envahissement des processus pigmentaires partant du rebord. Les petits îlots noirs centraux se sont aussi étendus, fusionnés, et toute la surface primitivement décolorée présente une teinte noirâtre plus foncée par points, beaucoup plus claire cependant que la plaque de nigritie ambiante.

Au bout de deux mois et demi, la régénération de l'épithélium pigmentaire est complète sur cette surface et il serait bien difficile à une personne non prévenue de retrouver même la place de la tache restée temporairement incolore après la cicatrisation.

J'ai escharifié par le même procédé une tache de nigritie semi-lunaire, isolée, sur la lèvre supérieure de ce jeune chien. Cette tache avait un centimètre de longueur, sur un demi-centimètre de hauteur; les parties ambiantes de la peau étaient incolores.

Comme pour la tache de la lèvre inférieure, j'ai d'abord vu une cicatrice rosée, absolument dépourvue de pigment, mais la régénération du pigment s'est également produite dans la région cautérisée; la tache noire qui s'est reformée n'a plus la même forme ni les mêmes contours que la tache de nigritie primitive. Sa surface s'est agrandie et son grand axe est perpendiculaire au bord de la lèvre supérieure, et non plus parallèle comme avant la cautérisation. La régénération pigmentaire a été plus lente qu'à la lèvre inférieure.

La truffe du même chien a été atteinte à diverses reprises par les griffes d'un chat; de là des écorchures assez profondes saignantes et croûteuses pendant deux ou trois jours..... La première semaine après la cicatrisation de ces petites plaies, on distinguait à leur place des raies blanches de un ou deux millimètres de largeur, sur un centimètre et plus de longueur.

Ce qu'il lui a fallu pour cela de diplomatie et de courbatures opportunes, je n'ai rien à en savoir.

Mais il ne faudrait pas que ces fonctions tournent au secrétaire perpétuel et qu'on immobilise un principal de 1re classe et les talents qu'il doit posséder pour son grade dans ces écritures, si imposantes soient-elles.

Le rôle de secrétaire est coutumier d'une juvénalité relative et les autres Comités d'armes, où se posent des problèmes aussi confidentiels et peut-être un peu plus contingents à la Victoire finale, n'ont, si je sais bien lire, que des secrétaires moins avancés en âge et en grade, partant plus économiques et plus dans la tradition.

***

Il faut l'avouer, l'avancement de nos distingués confrères de l'Armée territoriale, paraît mieux fait et plus scientifiquement déduit que celui des médecins de l'armée active.

On y passe en effet major de 2e classe de droit dès qu'on est reçu, au concours, agrégé, médecin d'hôpital ou chef de clinique. Ce sacre par l'épreuve publique, ce coude à coude du savoir et du galon, l'un portant l'autre, est dû purement et simplement à l'initiative intelligente du Directeur Dujardin-Beaumetz.

Car son prédécesseur ne faisait avancer personne, tenant en estime platonique les professeurs, agrégés, etc., provenant des concours de Faculté, et non du *choix*.

Et du *Tableau*.

L'intendant Paris de la Bollardière ou de la Chevalière de la Grandville, ou tout autre noble intendant lui paraissaient un « choisisseur » bien autrement doué que les simples Charcot et Brouardel.

Il voyait de très haut sans être élevé. On l'a appelé depuis (car il faut le conserver dans le cadre jusqu'à 62 ans pour le réserver après dans un second cadre) à d'autres fonctions, où tout en voyant d'aussi haut, il n'a plus la commandature d'agrégés de Facultés.

Mais enfin l'avancement des 3.000 médecins territoriaux en dehors de cette élite qui fait sa trouée publique paraît quelquefois assez clair-obscur, et dans les faits suivants plutôt obscur.

(*A suivre*). Dr CHASSAGNE.

Dans le cours de la seconde semaine, ces raies blanches cicatricielles commençaient à se foncer; au bout de quatre semaines elles avaient disparu.

Il semble que le frottement et la pression continue ne soient pas des conditions favorables à la production de l'épithélium pigmentaire, car il est commun de voir sur les lèvres des chiens présentant des plaques de nigritie, des interruptions nettes dans la surface noire, au niveau des places où les grosses canines viennent presser sur la muqueuse.

Je n'ai pas encore suivi, au point de vue histologique, les conditions intimes de cette régénération pigmentaire dans la nigritie du chien, mais étant donné ce que nous savons sur la localisation absolument prédominante du pigment dans les assises épithéliales, c'est sans doute dans ces couches, et non dans le derme, que le pigment se reforme.

Il ressort de l'expérience qu'une destruction superficielle du tissu du derme ne substitue que temporairement un épithélium incolore à un épithélium pigmenté. De plus, si l'on tient compte du temps que la cicatrice a mis à se pigmenter, de l'apparition indépendante d'îlots pigmentaires centraux, sur la surface cicatricielle d'abord incolore, il y a lieu de croire que l'élaboration du pigment dans les cellules épithéliales demande plusieurs semaines et que la reproduction des cellules *in toto*, est plus rapide que la récupération de leur fonction pigmentogène.

Les faits suivants, qui concernent l'homme, paraissent en opposition avec ce qui se passe dans la nigritie du chien. Les nœvi pigmentaires congénitaux, les signes autrement dits, sont très fréquents, on le sait. Il est bien peu de personnes qui en soient exemptes, si l'on examine attentivement la totalité de la surface de la peau. Nous avons observé à ce point de vue, un millier environ de prisonniers de la Santé, lors de la visite sanitaire de l'entrée.

Ces taches siègent le plus ordinairement en arrière du cou, au visage, sur le thorax, dans la région des mamelles, sur le dos, la région lombaire, et moins souvent sur la peau des membres. Les nœvi sont soit lisses, soit pileux, soit verruqueux ou papillomateux. Leur teinte varie du jaune clair au brun noir.

De contour le plus souvent arrondi, ces taches sont de dimensions extrêmement variées, il en est de punctiformes; ordinairement elles ont la grandeur d'une lentille. Vingt fois environ, sur mille hommes, nous avons relevé des taches pigmentaires plus étendues. Leur surface variait de la dimension d'une pièce de un franc à celle d'une pièce de cinq francs. Trois ou quatre fois ces taches égalaient en étendue la paume de la main et la dépassaient. Les grandes taches ont un contour irrégulier. Presque toujours alors les nœvi pigmentaires sont multiples; on en trouve de petits plus ou moins éloignés de la grande plaque pigmentée. Ces taches sont plus claires chez les blonds et plus foncées chez les bruns. On remarque, en somme, tous les intermédiaires entre les taches, dites vulgairement signes, et les immenses placards de la mélanodermie congénitale qui sont tout à fait exceptionnels.

Plusieurs considérations sont de nature à rapprocher les nœvi pigmentaires de la mélanodermie congénitale ou nigritie.

1° Les nœvi, comme la nigritie, sont congénitaux.

2° La pigmentation est dermo-épidermique dans les plaques de nigritie et dans les nœvi circonscrits (1).

3° Dans le cas de mélanodermie, on observe simultanément des nœvi pigmentaires disséminés sur d'autres parties des téguments.

Toutes ces pigmentations anormales se rattachent à des malformations embryonnaires circonscrites ou diffuses de la peau. Quoi qu'il en soit, les taches pigmentaires, lorsqu'elles atteignent une notable étendue et qu'elles siègent au visage, constituent une difformité.

Il y a donc un certain intérêt pratique à savoir, d'une manière précise, si la destruction de ces taches pigmentées est possible, ou bien si une escharification superficielle du derme est suivie, comme chez le chien, de la régénération rapide des épithéliums pigmentaires.

Voici quelques expériences qui tranchent la question, croyons-nous. Sur un enfant de l'hôpital Trousseau, où je suppléais M. le Dr D'Heilly pendant les vacances de 1888, j'ai appliqué mon procédé d'escharification superficielle du derme à un nœvus pigmentaire lisse, non pileux, grand comme une pièce de 50 centimes. Cette tache, d'un brun chocolat, siégeait sur la région latérale droite de la poitrine.

La petite eschare résultant des piqûres et de la cautérisation au nitrate d'argent, s'est très bien comportée. Elle est tombée au bout de quinze jours, laissant voir une cicatrice rosée. Le nœvus était détruit. J'ai revu l'enfant au bout de quatre mois, la cicatrise rosée est très peu apparente, mais la pigmentation ne s'est nullement reproduite.

Un Italien de 21 ans, que j'ai observé à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris, portait à la lèvre supérieure un nœvus pigmentaire et pileux, saillant, arrondi et grand comme une pièce de un franc. Ce nœvus formait comme une petite calotte brune, difforme, appliquée sur la lèvre supérieure.

L'escharification a été un peu trop superficielle au centre, mais, à la suite de la chute de l'eschare, le pigment avait disparu à la périphérie. Je n'ai malheureusement pu suivre cet homme qui a échappé à mon observation, en sortant de prison.

Un autre prisonnier de la Santé, âgé de 45 ans, avait à la jambe gauche sur la face externe du mollet une tache pigmentaire de la forme et de la grandeur d'une amande. Cette tache a été escharifiée et au bout de trois mois la pigmentation n'a pas reparu. Lors des recherches que j'ai faites antérieurement sur la topographie du pigment dans la mélanodermie congénitale de l'homme, j'ai examiné également quelques nœvi pigmentaires circonscrits. La pigmentation dans ces nœvi pigmentaires est épidermique et dermique, comme dans la mélanodermie congénitale. Quelques cellules fixes du derme sont infiltrées de grains pigmentaires dans la région sous-papillaire, et les couches profondes du corps muqueux sont abondamment infiltrées de grains pigmentaires. Il y a analogie, quant à la répartition du pigment, entre la nigritie du chien dans son état le plus avancé, et la pigmentation congénitale anormale de certaines régions de la peau chez les hommes de la race blanche.

Néanmoins les résultats expérimentaux, quant à la régénération de ces taches pigmentaires, sont différents. Ce sont là des faits que nous ne pouvons que constater, sans les expliquer pour le moment.

(1) Voir notre travail sur la nigritie et les nœvi circonscrits, dans les Bulletins de la Société de Biologie, 1887.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

I. Contribution a l'histoire clinique des névroses traumatiques, par le Dr L. Bruns (*Neurologisches Centralblatt* 1889, nos 5 et 6, p. 123 et 159).

II. Un cas de paralysie alcoolique avec lésions centrales, par le Dr K. Schaffer. (*Ibidem*, n° 6, p. 156.)

M. L. Bruns relate une série de 7 observations de cette catégorie de névroses traumatiques dont on s'est beaucoup oc-

cupé récemment, à l'étranger sous le nom de *railway spine*, en France sous le nom d'hystérie traumatique. L'auteur, qui s'est donné la peine d'étudier cette question, en France, dans le service du professeur Charcot, à la Salpêtrière, en Allemagne, dans le service du professeur Westphal, sous la direction de MM. Oppenheim et Thomsen, constate que l'accord tend de plus à se faire sur la nature de ces accidents bizarres décrits en premier lieu sous le nom de *railway spine*. Il constate que les auteurs allemands se sont peu à peu ralliés à l'opinion de Charcot, qui voit dans ces accidents l'expression d'une simple névrose, mélange de neurasthénie et d'hystérie (1), tandis que, jusque dans ces derniers temps, Westphal et ses élèves rapportaient les troubles en question à des lésions palpables des centres nerveux.

Voici un résumé des observations de M. Bruns, qui présentent de l'intérêt à plus d'un point de vue.

Obs. I. — Mécanicien de chemin de fer, se trouvait sur sa machine lorsque celle-ci fut heurtée et mise en pièces par une autre locomotive. Le patient resta sans connaissance pendant quelques instants. Dès la nuit suivante, il a eu le sommeil agité. Il est devenu en proie à une dépression psychique continue, il est tombé dans l'hypochondrie. Sommeil troublé, rêves pleins d'angoisse. Hyperesthésie de l'ouïe, mise en jeu principalement par le sifflement d'une locomotive. Vertige. Affaiblissement du sens de l'odorat et paralysie du goût. Hyperesthésie au niveau du segment lombaire de la colonne vertébrale. Le malade marche les pieds écartés et en traînant ; il soutient la partie inférieure de la colonne vertébrale avec les mains. Hyperesthésie du cuir chevelu. Tremblement. Exagération des réflexes tendineux. Accélération très considérable du pouls. Diarrhée chronique.

Les accidents ont suivi une évolution progressive et chronique.

Il s'agit là, en somme, d'un exemple typique du genre de névrose décrit sous le nom de *railway spine*, d'hystérie traumatique.

Obs. II. — Ouvrier âgé de 34 ans, a subi le choc d'un grand tas de bois qui, en s'effondrant, l'a renversé sur un monceau de pierres. Le patient n'a pas perdu connaissance, mais il a ressenti une peur extrêmement vive. Il portait, de plus, de fortes contusions aux jambes, qui ont nécessité des applications de glace pendant plusieurs semaines. Dans la dixième semaine qui a suivi l'accident, il a été pris d'un fort tremblement dans les mains. Avec cela il est tombé dans un état d'hypochondrie de moyenne intensité, il est sujet à des accès d'angoisse. Il n'a plus de désirs sexuels, il est privé de sommeil. Sa vue a baissé. Il ne présente pas d'anomalie du champ visuel. Il a de la faiblesse dans les jambes, du tremblement dans les bras, dans les jambes et au visage, provoqué par les contractions volontaires. Il éprouve des douleurs très violentes dans les jambes, dans celle de droite principalement ; crampes dans le mollet droit. En marchant il traîne la jambe droite qui a beaucoup maigri. Anesthésie à la face postérieure de la cuisse et de la jambe droite, de la moitié droite de la partie inférieure du dos, de la région du cou-de-pied à gauche, et d'une partie de la zone d'innervation du cubital.

Sous l'influence d'un traitement par l'électricité, les crampes et les douleurs de jambe ont diminué, la zone d'anesthésie a diminué. Par contre, de violentes douleurs sont survenues dans la région lombaire, et la marche est devenue plus difficile.

L'auteur a fait remarquer que ce cas offre un intérêt particulier en égard à l'étiologie. Il a insisté sur ce que le patient avait été victime, à plusieurs reprises, d'accidents semblables, qui n'avaient pas eu de conséquences fâcheuses, et que le dernier accident, cause des troubles énumérés à l'instant, s'était compliqué d'une extrême frayeur.

Obs. III. — Surveillant, âgé de 42 ans, a reçu un coup de sabre sur la tête (1876) dans une rencontre avec une patrouille. Depuis lors il n'a jamais été en bonne santé.

État du malade en 1880 : violents maux de tête, qui s'exaspèrent au moindre mouvement de l'extrémité céphalique, principalement quand le malade se baisse ; il est pris alors d'une grande angoisse et d'une grande surexcitation. Par moments il tombe dans un état de démence passagère avec grande exaltation, et perversion de la mémoire. Insomnie. Par moments aussi, les accidents s'aggravent et dégénèrent en une psychose caractérisée par de l'agitation et de la mélancolie. Le malade est alors poursuivi par des idées de suicide. Il a été enfermé pendant quelques semaines dans un asile. Dans l'intervalle des accès, son intelligence est intacte. Anesthésie totale du cuir chevelu, sauf au siège de la cicatrice où il existe de l'hyperesthésie, Tremblement. Exagération considérable des réflexes tendineux. Inégalite de dilatation des deux pupilles. Le pouls bat 114 à la minute ; le nombre des pulsations s'élève à 140, après que le malade s'est baissé deux fois coup sur coup, en même temps il éprouve du vertige.

L'auteur reconnaît qu'il est possible que chez ce malade il existait des lésions grossières des centres nerveux, des méninges notamment ; néanmoins il incline vers l'hypothèse d'une névrose traumatique, qui par son expression clinique se rapproche de la dysphrenie ou dysthymie névralgique de Griesmyer, Schüle, Krafft-Ebing.

Obs. IV. — Ouvrier, âgé de 53 ans, a été atteint au coude du côté gauche, par une pierre de taille tombée de très haut. Les suites immédiates de l'accident se sont réduites à un peu de tuméfaction locale et le malade n'y porta pas grande attention. Quelques jours plus tard, lorsqu'il voulut reprendre son travail, il en fut empêché par les douleurs violentes qu'il ressentit. Peu à peu s'est développé l'état suivant :

Pas de troubles psychiques bien dessinés. A gauche, parésie motrice très prononcée de la main et des doigts, sauf que les mouvements de pronation et de supination sont conservés ; la parésie l'emporte dans les interosseux et dans les fléchisseurs. Contracture des doigts et du poignet. Tremblement du bras gauche. Anesthésie totale de l'avant-bras gauche et de la main gauche ; cette anesthésie se perd peu à peu, en remontant du coude vers le milieu du bras. Atrophie de l'avant-bras gauche avec cyanose et abaissement de la température locale. Diminution considérable de l'excitabilité galvanique et faradique directe et indirecte des muscles fléchisseurs de la main, des doigts et des interosseux ; pas de modifications qualitatives de l'excitabilité galvanique. A droite, le champ visuel est normal, à gauche, il y a rétrécissement.

Obs. V. — Ouvrier charpentier, 30 ans, a été blessé, à l'épaule et à la poitrine, par la chute d'une cloison en planches. Il a perdu connaissance au moment de l'accident, qui a occasionné une fracture de côtes, avec emphysème sous-cutané, hémoptysies, pleurésie. Puis il est tombé dans une sorte d'état hypochondriaque, il est devenu très irascible ; sommeil agité. Perte de l'appétit sexuel. Contracture des élévateurs de l'épaule, à droite ; de ce côté, l'épaule occupe un niveau plus élevé qu'à gauche ; les mouvements du bras gauche occasionnent des douleurs très vives. En même temps, on perçoit une

(1) Voir une leçon récente de M. Charcot, in *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 7e Leçon 1888-1889.

sorte de grincement dans la jointure. Parésie flasque de l'avant-bras droit et de la main droite. Tremblement. Anesthésie totale du bras droit, délimitée d'une façon tout à fait caractéristique au delà de l'épaule. Anesthésie relative, dans la moitié droite de l'épaule et du dos. Hyperesthésie au siège de la fracture et dans la région lombaire. Tic convulsif. Papillotement devant les yeux ; vue confuse des objets. Diminution de l'acuité visuelle; rétrécissement considérable du champ visuel, des deux côtés. Perte de l'odorat. La fréquence du pouls oscille entre 100 et 136.

Obs. VI. — Porteuse de journaux, 40 ans, est tombée dans un escalier sur l'épaule droite, a perdu connaissance pendant une demi-heure environ. Six semaines plus tard, elle se présentait à la policlinique où on constata les symptômes suivants:

Pas de symptômes psychiques bien nets. Douleurs aux points d'insertion du deltoïde. Pas de symptômes de paralysie bien dessinés. Analgésie totale, dans toute la zone qui correspond au deltoïde, et dans les parties avoisinantes du cou et de la nuque. Légère atrophie du deltoïde qui a conservé son excitabilité normale; par contre, perte de la sensibilité électrique. Amblyopie à gauche, consécutive à une choroïdite de vieille date ; à droite, le champ visuel présente ses limites normales pour la perception du blanc; rétrécissement considérable pour les autres couleurs.

Obs. VII. — Ouvrier ferblantier, est tombé d'un toit et s'est fait une fracture de la base du crâne. Hémorrhagie par l'oreille gauche, luxation de la onzième vertèbre dorsale en avant. Le patient est resté sans connaissance pendant plusieurs semaines. L'accident a eu lieu le 9 avril 1888. Au mois de novembre de la même année, il fut examiné la première fois par l'auteur, qui constatait les symptômes suivants :

A droite, parésie du facial, parésie, rigidité et incoordination motrice du bras droit et de la jambe droite. Embarras de la parole. Démence progressive. Papillotement et obnubilation dans le champ visuel. Diplopie qu'on ne trouvait pas à rapporter à une paralysie déterminée des muscles de l'œil. Diminution de l'acuité visuelle, sans anomalie du fond de l'œil. Dépression psychique très accentuée. Douleur, faiblesse, tremblement dans les jambes. Hyperesthésie du cuir chevelu et de la colonne vertébrale, au siège de la vertèbre déplacée. Albuminurie.

L'auteur attache à cette dernière observation une importance particulière, en ce sens qu'il y voit un exemple de troubles nerveux purement fonctionnels associés à d'autres troubles en rapport avec des lésions organiques. Or, pour les cas de névroses traumatiques *sine materia*, on a soulevé la question de savoir si on n'avait point affaire à de simples simulateurs. Les observations du genre de celle qui vient d'être relatée sont de nature à trancher cette question ; c'est du moins l'avis de M. Bruns, c'est aussi celui de Strümpell. L'argumentation de ces deux auteurs peut se résumer dans ces quelques mots : Du moment qu'il existe des symptômes en rapport avec une lésion matérielle des centres nerveux, les malades n'ont aucun intérêt à simuler d'autres troubles purement fonctionnels. Ceux-ci existent donc par eux-mêmes, et du moment qu'ils ressemblent aux troubles qu'on observe dans des cas de pure névrose traumatique, il faut donc admettre l'existence de pareilles névroses, indépendamment de toute simulation. M. Bruns ne met pas en doute d'ailleurs que la similation entre en jeu dans maints de ces cas de névrose traumatique.

II. — Les paralysies d'origine alcoolique, autre question à l'ordre du jour, ont été rangées dans la classe des névrites périphériques. Or M. Schaeffer, de Buda-Pesth, vient de publier une observation de ce genre de paralysie, où, à l'autopsie du sujet, on a trouvé des lésions de la moelle.

Il s'agit, en substance, d'une femme de 47 ans, adonnée à l'ivrognerie, amenée à l'hôpital en proie à des hallucinations. La malade ne pouvait plus bouger dans son lit. Les membres supérieurs étaient légèrement contracturés, les membres inférieurs étaient paralysés. Les bras étaient agités par des contractions cloniques. Les réflexes tendineux étaient abolis. Tremblement de la langue. Quand on soulevait la malade et qu'on l'abandonnait à elle-même, elle retombait comme une masse inerte.

Cette femme a succombé quatre jours après son entrée à l'hôpital. A son autopsie, on a trouvé les lésions d'une hépatite et d'une néphrite interstitielles. La moelle était intacte en apparence. Mais l'examen histologique a fait découvrir une atrophie dégénérative des cellules ganglionnaires des cornes antérieures ; cette lésion atteignait son maximum d'intensité dans les portions inférieures de la moelle.

(*A suivre*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de physiologie humaine, par F. Jolyet et F. Viault, avec la collaboration de MM. Bergonié et Ferré, un vol. 905 p. O. Doin, Paris, 1889.

On a vite fait de compter les traités français de physiologie. En voici un nouveau, dû à deux professeurs de la Faculté de médecine de Bordeaux, avec la collaboration, pour quelques parties du livre, de deux agrégés de la même école.

C'est un ouvrage simplement conçu et clairement écrit. Le plan général en est facile : les auteurs ne consacrent qu'un court chapitre de 40 pages à la physiologie générale (étude du protoplasma et des grands processus de la vie) et abordent tout de suite la physiologie spéciale : mais sous ce nom ils n'envisagent que les fonctions de l'organisme qu'ils divisent en *fonctions à actions chimiques* : fonctions du sang, de la lymphe et du chyle, digestion, nutrition, sécrétions, respiration, chaleur animale ; *fonctions mécaniques et nerveuses* : circulation, mécanique animale, phonation, organes des sens, système neuro-musculaire, fonctions des centres nerveux, des nerfs rachidiens et des nerfs crâniens , et *fonctions de reproduction* : développement des éléments sexuels, rapprochement des sexes, fécondation, premiers développements de l'œuf, fonctions de l'embryon.

Assurément ce classement des questions physiologiques est, comme toutes les divisions, en matière scientifique, quelque peu artificiel. Il est certain, par exemple, que, dans l'étude des fonctions que les auteurs appellent *à actions chimiques*, on trouve nécessairement exposés des phénomènes qui rentreraient bien plutôt, à vrai dire, dans l'étude des fonctions mécaniques (mouvements des organes digestifs, par exemple). Mais, comme les auteurs reconnaissent eux-mêmes dans la préface de ce livre avec la meilleure bonne foi du monde, que toute classification est plus ou moins défectueuse et qu'ils semblent n'attacher à celle qu'ils proposent pas plus d'importance qu'il ne convient, on aurait mauvaise grâce à insister sur ce point.

De cette division est résulté peut-être un plus grave inconvénient qui consiste en des omissions que l'on ne peut pas ne pas considérer comme très regrettables. N'est-ce pas, en effet, parce qu'ils n'ont voulu traiter que des *fonctions*, que les

auteurs ont été amenés à laisser de côté l'étude des tissus (à part le chapitre sur le système neuro-musculaire) et celle de divers organes qui, pour n'avoir pas leur place rigoureusement assignée dans une des grandes fonctions de l'économie généralement admises, n'en jouent pas moins un rôle important à connaître. Telle est la rate, à peine nommée dans ce livre; telle la glande thyroïde, sur laquelle pourtant des travaux si intéressants ont été faits dans ces dernières années (Horsby, Rozowitsch, Munk, Herzen, etc.), et qui n'est même pas mentionnée, pas plus que les capsules surrénales. On cherche en vain à la table analytique le nom de ces organes.

Cette réserve faite, le plan adopté par MM. Jolyet et Viault présentait certainement des avantages réels et leur a permis d'écrire un ouvrage d'une lecture aisée, mérite, évidemment de premier ordre, pour un livre didactique. Sans doute plusieurs parties de ce livre auraient gagné à être un peu plus développées; il serait facile de montrer que, sur telle question, il manque certaines données intéressantes et non moins facile de se demander pourquoi telle autre, dont l'importance n'est pas plus grande, a été plus favorisée. De sorte que l'ouvrage manque un peu d'homogénéité. On y trouvera aussi quelques négligences. Par exemple, à la page 207, on renvoie à un appendice à la fin du volume, pour l'étude des matières albuminoïdes. Or, il n'y a pas d'appendice du tout. Mais ce sont là presque toutes critiques qu'il serait possible d'adresser à la plupart des traités scientifiques, surtout quand ils sont, comme celui-ci, œuvre collective.

C'est à cela que tient aussi sans doute un autre défaut que l'on regrettera davantage : une absence complète d'originalité dans quelques endroits. Je citerai, par exemple, le chapitre sur les nerfs crâniens, dont le rédacteur s'est contenté de suivre, sans le dire, l'excellent chapitre que M. Beaunis a consacré au même sujet dans son grand Traité. Il est vrai, il faut s'empresser de le remarquer, que cette partie n'est l'œuvre ni de Jolyet, ni de M. Viault, ni de l'un de leurs deux principaux collaborateurs.

Il n'en reste pas moins que ce nouveau traité de physiologie est certainement appelé à rendre de grands services aux étudiants : les divisions en sont simples, les exposés sont précis et méthodiques, les descriptions sont nettes et concises; sans qu'il y ait excès, il y a assez de faits et d'expériences rapportés et il n'y a pas abus de théories. C'est de cette façon très heureuse et avec ce soin que les questions fondamentales sont traitées: la digestion, la nutrition, les sécrétions, la respiration, la circulation, la physiologie du muscle et du nerf. Quand il est nécessaire, certains chapitres sont précédés de quelques notions d'histologie très clairement résumées; et, quand il y a lieu, à la fin d'un chapitre, se trouve un paragraphe consacré aux troubles de la fonction qui vient d'être étudiée. C'est là une heureuse innovation dans un livre destiné aux étudiants en médecine. Les traités précédents citaient bien de temps en temps quelques phénomènes pathologiques; mais dans celui-ci, outre que ces notions sont réunies et groupées à propos de chaque question, et non plus éparses, elles sont systématiquement présentées.

E. G.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le Dr Durey-Comte.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire est une lésion relativement rare, dont les conditions génératrices sont peu connues et qui par cela même a eu le privilège de provoquer des recherches assez nombreuses maintenant pour constituer un corps de documents, grâce auxquels son histoire est près d'être complète. Le travail de M. Durey-Comte, qui vise exclusivement le rétrécissement congénital, vient à son tour apporter quelques faits nouveaux et éclairer quelques points restés obscurs, concernant la nature et la physiologie pathologique de cette variété de sténose valvulaire.

Deux théories ont été proposées pour expliquer l'origine du rétrécissement congénital : la théorie de l'arrêt de développement; celle de l'endocardite fœtale. M. Durey-Comte se prononce et cherche à justifier sa préférence pour cette dernière. En effet, la théorie de l'arrêt de développement est une théorie vague, obscure. Elle laisse inexpliquées un certain nombre de particularités. L'esprit ne l'accepte pas sans regret. L'hypothèse qui fait intervenir l'endocardite, en revanche, a le mérite d'avoir par devers elle des faits anatomo-pathologiques précis et concluants. L'enchaînement des lésions secondaires, communication des cloisons intercavitaires, persistance du canal artériel, etc., y trouve une explication logique et rationnelle : la compréhension en devient claire et facile. M. Durey-Comte a insisté avec force sur cet enchaînement, sur la concordance que la théorie de l'endocardite fœtale permet d'établir entre les lésions et les symptômes observés aux différents moments de la vie des malades. La discussion dont cette question d'étiologie lui a fourni le sujet a toutes les qualités d'une argumentation serrée et d'une dialectique rigoureuse; après l'avoir lu, on peut croire le triomphe de la théorie de l'endocardite bien près d'être assuré.

Les symptômes du rétrécissement pulmonaire congénital peuvent se résumer dans ce fait capital : l'existence de la cyanose. Mais le moment d'apparition de celle-ci, de même que son degré, sa persistance, sont réglés par certaines circonstances dont la principale réside dans la force de contraction du cœur et dans la régularité du débit de la colonne sanguine qui parcourt l'artère pulmonaire. Cette relation explique bien pourquoi le mécanisme de l'effort a pour résultat habituel d'exagérer la cyanose chez les malades qui présentent déjà ce phénomène à l'état normal, et de le faire apparaître chez ceux qui, dans les conditions ordinaires, en sont exempts. Chez ces derniers le phénomène peut même devenir permanent, du jour où l'asystolie du cœur droit entre en scène.

La physiologie pathologique du rétrécissement congénital ne fournit matière à aucune conclusion thérapeutique particulière. De même que pour les affections valvulaires du cœur gauche, l'hygiène est pendant longtemps la seule ressource des malades : la prohibition de tout effort violent et prolongé, l'éloignement de toutes les causes capables de diminuer la force de contraction du cœur et de compromettre le fonctionnement des cavités droites, voilà le précepte général dont l'application s'impose avec rigueur chaque jour. L'apparition ou simplement l'exagération de la cyanose, celle de quelques troubles fonctionnels comme la dyspnée, voilà la source des indications éventuelles qui ne sont autres, en définitive, que celles de l'asystolie considérée d'une manière générale.

P. Muselier.

Étude sur les guérisons durables obtenues par l'intervention chirurgicale sur les récidives de tumeurs malignes, par F. Plicque. — (Thèse de Paris 1888, G. Steinheil, éditeur).

D'après les recherches intéressantes de M. Albert Faron Plicque, les sarcomes sont de toutes les tumeurs malignes celles où les opérations de récidive ont donné le plus grand nombre de succès. La plupart de ces succès peuvent simplement s'expliquer par ce fait que l'opération de récidive a été

plus complète que l'opération primitive, c'est-à-dire, par une influence toute locale. Mais dans quelques faits, il est difficile de ne pas songer à une modification spontanée et favorable de l'état général, de la diathèse néoplasique.

D'après M. Plicque, à côté des récidives qui tiennent à une ablation macroscopique, il en est peut-être qui tiennent à une greffe d'éléments néoplasiques disséminés au cours de l'opération, soit par les doigts, soit par les instruments du chirurgien.

La gravité des opérations de récidive est soumise aux mêmes conditions que celles des opérations primitives. Elle est très augmentée par l'existence de néoplasmes viscéraux. Comme particularité opératoire, il faut signaler la présence du tissu de cicatrice de l'opération précédente. Quand ce tissu est intéressé par la récidive, on l'a souvent enlevé en totalité, et cela avec succès. Il paraît constituer en tout cas un mauvais élément pour la réunion primitive.

Les opérations de récidive dirigées contre des cancers héréditaires ne paraissent donner que très peu de guérisons durables. L'âge avancé des malades semble constituer une condition défavorable au succès.

Enfin la guérison obtenue dans quelques récidives par le traitement spécifique, peut faire soupçonner quelques nouveaux rapports d'hybridité entre certaines tumeurs malignes (sarcomes principalement) et la syphilis, en particulier la syphilis héréditaire. Dr F. A. S.

Contribution a l'étude des gangrènes des pieds d'origine nerveuse, par Félix de Viville. — (Thèse de Paris 1888).

S'appuyant sur 10 observations dont 4 inédites dues à la pratique de M. Lancereaux, son maître, M. Félix de Viville démontre que toutes les gangrènes d'origine nerveuse ne sont pas dues à un spasme vasculaire d'origine réflexe, et qu'il en existe une variété qui est due à une altération des nerfs, la névrite parenchymateuse.

Ces gangrènes ont pour caractères d'être précédées de symptômes de névrite, de coïncider avec des troubles de nutrition, tels que la dystrophie de la peau et des ongles, le mal perforant, et des éruptions variées qui peuvent évoluer en même temps qu'elles. Guérissant souvent elles peuvent se reproduire, chez le même sujet, à plusieurs mois ou même plusieurs années de distance. Dr P. F.

Abcès et gangrènes consécutifs a la variole, Par Maurice Castaing. — (Thèse de Paris 1888).

On sait qu'il peut survenir, pendant la desquamation de la variole, des abcès et des gangrènes passibles d'un traitement chirurgical.

D'après M. Castaing, les abcès se remarquent dans la variole discrète comme dans la variole confluente, mais ils sont exceptionnels dans la varioloïde. Les gangrènes s'observent dans les varioles confluentes graves, mais surtout dans la variole hémorrhagique. Ces abcès et ces gangrènes peuvent s'accompagner de symptômes généraux. Le traitement local devra être antiseptique; le traitement préventif portera sur l'amoindrissement des causes multiples d'irritation locale, qui jouent le rôle de causes occasionnelles en appelant, en des points déterminés, l'action du virus variolique, qui joue peut-être le rôle capital dans la production des abcès. Dr A.

Contribution a l'étude de la luxation sous-glénoïdienne, Par L. Dasque.

Notant l'opposition qui existe entre l'opinion classique en France, que cette luxation est excessivement rare, et l'opinion professée en Amérique par Hamilton, qui considère ce déplacement comme le plus fréquent, Dasque a cherché les causes de ce désaccord qui peut entraîner confusion.

Hamilton s'est placé au point de vue de la physiologie pathologique : il constate que l'humérus pour sortir de la cavité articulaire, doit d'abord s'abaisser, et il a fait de la luxation en bas, le type de toutes les autres : toutes celles qui ne se distinguent pas par un signe propre on spécial, il les a classées dans cette variétés. En France, au contraire, on s'est placé au point de vue clinique : l'apophyse coracoïde, point de repère facilement appréciable en pratique, a été choisi et on a appelé sous-coracoïdien ce qu'Hamilton a appelé sous-glénoïdien.

Etude rapide de la luxation sous-glénoïdienne vraie d'après sept observations dont une inédite.

De la cure radicale des hernies épigastriques, Par S. Bonnet. — Thèse de Paris.

Les hernies épigastriques sont de deux espèces : ou bien elles contiennent de l'épiploon, de l'intestin; ou bien elles sont « hernies graisseuses »; or elles peuvent s'accompagner de douleurs intenses et de troubles digestifs rebelles, contre lesquels tout traitement palliatif reste impuissant et souvent l'intervention s'impose : on pratique alors la cure radicale.

Bonnet a réuni dix observations, dont deux inédites; en voici la critique :

Dans 3 cas, il a persisté une pointe de hernie et une légère éventration dues à une imperfection du manuel suivi; dans 4 cas, une fistule, qui 3 fois s'est comblée de 6 semaines à 8 mois après l'opération. La réunion immédiate a été observée chez la moitié des opérés.

Dans la moitié des cas, les opérés portent un bandage soit par précaution, soit à cause de la persistance d'une pointe de hernie. Dans les cinq autres cas la précaution a été inutile. Quatre sur sept des malades ont été revus de 1 à 9 mois après l'opération, sans récidive. Jamais il n'y a eu d'accidents mortels, et dans tous les cas les douleurs et les troubles gastro-intestinaux ont disparu. Les malades ont pu reprendre le travail, parfois pénible, alors même qu'il persistait un peu d'éventration, celle-ci étant facilement compensée par une ceinture.

Maubrac.

BULLETIN

Influence réciproque des microbes les uns sur les autres. — Action de l'antipyrine dans la glycosurie. — Indications de l'opération d'Alexander. — Rapports entre la toxicité de l'urine et l'état fébrile dans la pneumonie.

L'association des microbes, dont nous avons déjà parlé dans un précédent bulletin, peut avoir pour effet d'accroître ou d'atténuer la virulence de tels de ces microbes. En faisant agir le bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse, M. Bouchard a observé une atténuation de la virulence de celle-ci. Il vient de communiquer à l'Académie des sciences les résultats de 26 expériences dans lesquelles, après avoir inoculé la bactéridie charbonneuse à des cobayes ou à des lapins, il a injecté, autour des points d'inoculation, des doses variables de culture du bacille pyocyanique. Sur ces 26 expériences, 12 fois il a noté la survie et la guérison; 7 fois les animaux ont succombé au charbon; 7 fois la mort a eu lieu aussi, mais sans trace d'infection charbonneuse. Tous les animaux témoins ont succombé au charbon.

MM. L. Guignard et Charrin ont étudié, dans le laboratoire de M. Bouchard, le mécanisme de cette influence réciproque des deux microbes. Ils ont observé des modifications morphologiques parallèles aux changements de virulence de la bactéridie charbonneuse. Cette double altération de la forme et de la virulence n'est du reste que transitoire : ensemencées dans un milieu approprié, les bactéridies reprennent leur forme et leur virulence habituelles.

Si, au lieu de mettre en présence les deux microorganismes, on sème des bactéridies charbonneuses dans des produits solubles stérilisés et filtrés du bacille pyocyanique, on observe, un peu plus lentement peut-être, les mêmes modifications de forme et de virulence, puis la même régénération quand les bactéridies altérées sont reportées dans un milieu favorable.

MM. Guignard et Charrin en concluent que le bacille pyocyanique atténue la bactéridie charbonneuse par les substances qu'il sécrète et qui sont nuisibles pour celle-ci, Il agit aussi sans doute en épuisant les milieux nutritifs, puisqu'il rend stériles pour lui-même ceux dans lesquels il a vécu. Le phagocytisme explique ensuite comment, chez l'animal vivant, les cellules animales ont plus facilement raison des bactéridies affaiblies, phénomène inverse de celui qui se produit quand les substances sont plus toxiques pour les cellules animales que pour les microorganismes.

— La courte mais intéressante discussion soulevée à l'Académie de médecine par le travail de M. Panas sur l'*Action de l'antipyrine dans le diabète*, mérite de fixer l'attention des praticiens. M. Albert Robin, dont nous sommes heureux de reproduire plus haut la communication *in extenso*, nous semble avoir exposé très nettement les indications, les contre-indications et les règles de la médication dont il s'agit.

— Le traitement des rétro-déviations de l'utérus est en ce moment l'objet d'une discussion fort intéressante au sein de la Société de chirurgie. Les indications de l'opération d'Alexander constituent le point capital du débat. La conclusion générale qui semble s'en dégager est que cette opération doit être exclusivement réservée pour les cas où la déviation ne s'accompagne d'aucune complication phlegmasique et où la mobilité de l'utérus permet une réduction facile de l'organe.

Quand il y a inflammation de la matrice ou des annexes, c'est cette inflammation, cause principale des symptômes douloureux, qu'il faut combattre. Quand il y a des adhérences plus ou moins résistantes, la laparotomie, qui permet de voir les lésions concomitantes et d'y porter remède est, suivie ou non de l'hystéropexie, l'opération de choix. Une déviation simple n'exige pas d'ailleurs toujours l'intervention chirurgicale. Si elle ne cause aucune douleur, aucune gêne, il n'y a rien à faire. Si elle devient une source de souffrances, on peut en atténuer et même en faire disparaître les effets, comme l'a dit M. Bouilly. par l'usage d'un pessaire approprié. Ce moyen contentif paraît en général jouir de peu de crédit parmi les chirurgiens. Ce qui précède n'en montre pas moins combien les indications de l'opération d'Alexander sont restreintes.

Un autre point important ressort de la discussion : c'est l'ignorance où l'on est encore de la cause réelle ou immédiate des douleurs. On est souvent surpris du peu de sensibilité qu'entraînent certaines lésions ou déviations, et par contre de l'acuité des douleurs provoquées par des lésions beaucoup moindres. Les résultats de l'intervention chirurgicale sont, à ce point de vue, incertains. Une opérée de M. Lucas-Championnière a ressenti, à un moindre degré il est vrai, à partir de la cinquième époque menstruelle, les douleurs pour lesquelles le chirurgien avait pratiqué la laparotomie et l'hystéropexie.

Une autre malade, à qui M. Terrier a pratiqué aussi l'hystéropexie, avec ablation totale des annexes, a été reprise de crises douloureuses aussi intenses qu'auparavant, et ces crises, rebelles à toute médication, n'ont cédé que sous l'influence psychique produite par l'ablation habilement simulée de l'utérus.

Nous avons vu nous-même plusieurs malades chez lesquelles, à la suite de castration simple ou double, ou d'ablation totale des annexes, les douleurs ont reparu non moins vives qu'avant l'opération. Ces faits doivent rendre un peu hésitant le chirurgien dont on sollicite l'intervention pour remédier à des états morbides dont la douleur est le phénomène capital.

— Les études de M. Bouchard sur la toxicité des urines ont démontré une étroite relation entre le degré de cette toxicité et l'état physiologique ou pathologique de l'individu, homme ou animal, qui a fourni les urines. MM. Roger et Gaume, dans onze cas de pneumonie, ont recherché jour par jour la toxicité des urines rendues par les malades et ont communiqué les résultats de ces recherches à la Société de biologie. Ils ont constaté que, pendant la période fébrile, le malade élimine deux ou trois fois moins de poison urinaire qu'à l'état de santé. Au moment de la défervescence de la fièvre, on observe une brusque augmentation de toxicité des urines, comme une sorte de décharge qui dure un ou deux jours. Puis la toxicité diminue plus ou moins lentement pour descendre à un faible degré pendant la convalescence. Il semble résulter de ces études que les poisons élaborés par les agents pathogènes constituent des facteurs de la fièvre. Cependant, suivant les auteurs, les phénomènes critiques auxquels se lie leur élimination par les urines ne seraient pas la cause de la guérison; ils surviennent parce que la maladie est guérie.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Association des médecins du département de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président. M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu de l'année 1888.

Sur 59.432 fr. 80 de recettes, l'Association a distribué 39.750 fr. de secours à cinq sociétaires et cinquante-six veuves ou enfants de sociétaires. et 3.150 fr. à des personnes étrangères à l'Association. Elle a servi une pension viagère de 1.200 fr. Elle comprend actuellement plus de 800 sociétaires et son fonds social dépasse un million. Voilà des chiffres qui ont leur éloquence et peuvent se passer de commentaires.

L'assemblée avait à élire les membres du bureau. M. Brouardel, président; MM. Blanche et Guyon, vice-présidents ont été réélus. M. Barth a été nommé secrétaire général, et M. Orfila, secrétaire général honoraire. On a ensuite tiré au sort les noms des membres titulaires et suppléants de la Commission générale.

—Les lapins d'Australie.—La Commission nommée à Sydney pour examiner la méthode de M. Pasteur, relative à la destruction des lapins, a publié son rapport.

De ce document, il ressort que, tandis que le choléra des poules est mortel pour les lapins auxquels on a inoculé le virus ou que l'on a nourris d'aliments infectés, il ne se propage pas aisément d'animal à animal.

NECROLOGIE

M. CHEVREUL.

L'illustre chimiste centenaire, le doyen des étudiants, comme il aimait à s'appeler et comme il aimait qu'on l'appelât, s'est éteint doucement, le mardi 9 avril, à 1 heure et demie du matin, âgé de 102 ans, huit mois et quelques jours.

Michel-Eugène Chevreul, né à Angers, le 31 août 1786, était le fils de Michel Chevreul, maître en chirurgie et professeur d'accouchements, directeur de l'Ecole de médecine de cette ville, mort le 2 juillet 1845, à l'âge de 91 ans. Il fut envoyé de bonne heure à Paris, et entra comme élève dans le laboratoire de Vauquelin. Successivement, préparateur du cours de chimie au Museum d'histoire naturelle (1810), directeur des teintures à la manufacture des Gobelins (1823), membre de l'Académie des sciences de l'Institut (1826), associé libre de l'Académie de médecine (1828), professeur de chimie au Museum d'histoire naturelle (1829), chargé à diverses reprises de l'administration du Museum, membre des compagnies savantes les plus importantes du globe, Chevreul a publié pendant sa longue carrière plusieurs centaines de mémoires. Un grand nombre de ses travaux lui ont acquis une notoriété justement universelle, ainsi ses recherches *sur les corps gras d'origine animale* (1823), *Leçons de chimie appliquée à la teinture* (1831), sa *Loi du contraste simultané des couleurs* (1839), *Des couleurs et de leurs applications* (1864), etc., etc.

Parmi ceux de ses mémoires qui intéressent les médecins, nous devons citer son travail *Sur les urines et l'acide urique des excréments de divers animaux* (1806); l'*Examen des graisses d'homme et de divers animaux;* les recherches *sur le beurre de vache*; une note *sur la présence de la cholestérine dans la bile* (1824); ses mémoires *sur le bouillon* et l'influence de diverses eaux sur la *cuisson de la viande de bœuf* (1832); deux notes sur *les mouvements musculaires* (1833); *quelques considérations générales et inductions relatives à la matière des êtres vivants* (1837); *Examen d'écrits concernant la baguette divinatoire*, le pendule dit explorateur et les tables tournantes (1853); *De la baguette divinatoire*, (1854); *Considérations sur l'histoire de la partie de la médecine qui concerne la prescription des remèdes* (1865); *sur la présence du cuivre* dans *les êtres organisés* (1868); *sur les propriétés de l'acide phénique* (1867); *observations relatives à une note de M. Faye*, intitulée : quels sont les vrais agents chimiques qu'il faut opposer à l'*infection miasmatique*, (1869); *note sur les subsistances et l'alimentation* (1870). Exposé des raisons pour lesquelles l'*alimentation de l'homme et des animaux supérieurs*, doit être de nature chimique complexe (1870). Deux *communications relatives à la fermentation* (1872); *Remarques* relatives à la communication de M. Bouillaud *sur la localisation de la faculté de la parole* (1873); sur *l'explication de nombreux phénomènes qui sont une conséquence de la vieillesse* (1875-1877); note à propos d'une communication de M. Bouillaud *sur la fièvre typhoïde* (1877). *L'enseignement devant l'étude de la vision* (1877). L'on n'a point oublié la courageuse conduite de M. Chevreul, pendant le bombardement de 1870, ni la touchante cérémonie de son centenaire célébré en 1886. Il était une des gloires de notre pays.

Des relations de famille nous unissaient à cet illustre savant et, pendant de longues années, nous avons eu souvent l'occasion d'apprécier et son aménité et son originalité. Son fils Henri Chevreul, ancien magistrat, venait de mourir il y a quelques jours; mais l'on avait eu soin de cacher sa mort à l'excellent centenaire. Ses obsèques, vraiment nationales, ont lieu aujourd'hui samedi 12, à Paris.

Dr A. DUREAU.

P. S.— Nous apprenons que, suivant la volonté du défunt, aucun discours ne sera prononcé sur sa tombe. Nous remarquons aussi que, par suite d'une erreur, sans doute, l'Académie de médecine ne figure pas sur l'avis de ses obsèques. Cependant, d'après la loi des préséances, l'Académie a le pas, immédiatement après l'Institut.

NOUVELLES

Nécrologie. — Mercredi dernier ont eu lieu les obsèques de M. le Dr Bricon, ancien secrétaire du *Progrès médical.* M. Bourneville a payé un juste tribut de regrets à son collaborateur. Transporté au cimetière du Père-Lachaise, le corps de M. Bricon a été incinéré. C'est la troisième fois qu'à Paris on procède officiellement à la crémation.

***

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — A la suite de la seconde épreuve (exposé, par le candidat, de ses titres et travaux personnels), les candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives :

1° *Section de chirurgie.*

Faculté de Paris : MM. Barette, Broca, Nélaton, Picqué, Ricard, Tuffier.

Faculté de Montpellier : MM. Estor, Genevey-Montaz.

Faculté de Bordeaux : MM. Courtin, Villard.

Faculté de Lille : MM. Coppens, Février, Phocas.

Faculté de Lyon : MM. Gangolphe, Polosson Rochet.

2° *Section d'accouchements.*

Faculté de Paris : MM. Auvard, Bar, Bonnaire.

Faculté de Bordeaux : MM. Chambrelent, Rivière.

Faculté de Lille : MM. Bureau, Turgard.

Faculté de médecine de Nancy. — La Faculté de médecine de Nancy vient de présenter, pour la chaire de botanique déclarée vacante :

En première ligne M. Macé, de Nancy.

En deuxième ligne, M. Beauvisage, de Lyon.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Besançon.

***

Prix annuels de médecine et de chirurgie d'armée. — Le Ministre de la guerre a décidé, à la date du 5 avril 1889, sur la proposition du Comité technique de santé :

1° Que le prix annuel de médecine d'armée serait décerné, à la suite du concours de 1888, à M. Coustan, médecin-major de première classe au 122e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : « De la fatigue dans ses rapports avec l'étiologie des maladies des armées en paix et en campagne. »

2° Que le prix annuel de chirurgie d'armée serait décerné à M. Forgue, médecin aide-major de première classe au 2e régiment du génie, pour son mémoire intitulé : « Essai critique et clinique des lésions traumatiques du crâne. »

Ces deux prix consistent en une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

***

Congrès international d'odontologie. — La Société odontologique de France et la Société d'odontologie de Paris, se sont réunies pour organiser en 1889, à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle, un Congrès international dans lequel seront discutées les diverses questions intéressant l'art dentaire.

Le Ministre du commerce et de l'industrie a nommé un Comité d'organisation, qui a pour président M. David, pour vice-présidents MM. Brasseur et Saussine, et pour secrétaire général M. Pourchet.

Congrès de la Société ophtalmologique de Heidelberg en 1889. —

La réunion annuelle de la Société ophtalmologique de Heidelberg aura lieu dans cette ville du 13 au 15 septembre prochain.

Congrès allemand de médecine publique en 1889. — Le 15e Congrès allemand publique se tiendra à Strasbourg du 14 au 17 septembre prochain.

***

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. — M. le Dr Barthélemy est nommé, après concours, médecin à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

MM. les Drs Julien et Verchère sont nommés, après concours, chirurgiens titulaires et M. le Dr Ozenne chirurgien suppléant au même établissement.

***

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bassens, en remplacement de M. Bondrie.

M. le Dr Chambard, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var) poste nouveau.

M. le Dr Kéraval, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Chambard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Barbezieux. Contribution à l'étude de l'hydramnios.
M. Crousle. Essai sur l'urticaire interne.
M. Vinant. Valeur de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage.
M. Gilles. Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement.
M. Onimus. De l'action de la lumière sur les microbes.
M. Martin. Du traitement de l'ozène vrai.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 31 MARS AU SAMEDI 6 AVRIL 1889.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 3. — Rougeole, 52 — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 14.—Diphtérie, croup, 38. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 7. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46 — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 39. — Bronchite chronique, 40. — Broncho-pneumonie, 17. — Pneumonie, 65. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 10 —Biberon, 39. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3 — Fièvre et péritonites puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 15. — Sénilité, 25. — Suicides, 9. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 182.—Causes inconnues. 15.—Total 1021.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

MALADIES DES ENFANTS

DE L'ASTHME CHEZ LES ENFANTS.

(*Leçon clinique de M. le professeur Grancher, recueillie et publiée par M. le docteur Barbier*).

Messieurs,

Je vous présente aujourd'hui un jeune garçon d'une dizaine d'années, qui est entré dans le service pour des accès de suffocation (1). Son hérédité est pure cependant à ce point de vue. Mais il a son grand-père *obèse* qui est un *goutteux* franc, son arrière grand-père et sa mère sont également *obèses*.

Il est malade depuis quatre ans. Au début, il s'est mis à tousser, cette toux a augmenté peu à peu, mais les accès de suffocation proprement dits ne sont venus qu'au bout de deux ans; ils se sont montrés bientôt avec la plus grande fréquence, revenant presque tous les jours.

Je vous mettrai sous les yeux dans un instant des types beaucoup plus complets. Pour l'instant, je passe à l'examen clinique de ce malade.

Sa poitrine est certainement bombée dans une certaine mesure, mais il n'y a pas de sonorité exagérée bien manifeste à la percussion. La respiration est pure, l'expiration n'est pas prolongée. Pas de râles dans la poitrine, sauf aux bases, où la respiration en arrière est un peu obscure. Il respire bien par les deux narines. Depuis son entrée ici, il a été soumis à l'iodure de potassium, et son état s'est bien amélioré.

L'asthme des enfants est accepté depuis longtemps, on dit même qu'il est fréquent. Sée, Moncorvo, dans leurs statistiques, en ont relevé environ 90 cas. C'est vers un an et quelquefois même au-dessous de cet âge, mais surtout de 3 à 10 ans que l'asthme apparaît sans prédilection pour un sexe ou pour un autre. La *race* n'a pas d'influence non plus. Moncorvo a observé des accès d'asthme chez l'enfant d'une négresse. D'ailleurs les observations de tous les médecins de tous les pays concordent pour affirmer que la maladie existe et se montre sous tous les climats et dans toutes les latitudes.

Nous n'en avons pas eu beaucoup dans notre service, ce sont surtout des cas de clientèle. La raison en est que c'est une maladie qui n'exige pas la séparation de l'enfant de la famille. Cependant, comme je vous l'ai déjà dit, Moncorvo en a observé 48 cas, et M. Sée presque autant. Mais laissons-là l'étiologie, et revenons aux symptômes et à notre malade.

C'est un asthmatique à petits accès, d'un quart d'heure à peine. Ces accès sont classiques : suffocation, toux, expectoration particulière et caractéristique. Mais ici tout cela est atténué. Il n'en est pas toujours ainsi. Les enfants peuvent avoir

(1) M. le professeur Grancher interroge et examine ce malade devant ses auditeurs.

FEUILLETON

GUIDE HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL DE L'INSTITUTEUR

Par MM. les Drs Delvaille et Breucq (1).

Jamais autant qu'aujourd'hui la question de l'hygiène des écoles n'a passionné les esprits. Confondue d'ailleurs avec les questions des méthodes, de l'obligation et de la fréquentation scolaires, elle a pu souffrir de ce voisinage et, la politique aidant, la discussion est sortie de son véritable terrain.

Faut-il que tout le monde soit instruit, et quel est le minimum d'instruction qui doit être donné? Celui qui est instruit a-t-il le droit de priver autrui de l'instruction qu'il n'a reçue lui-même que grâce à autrui ? Autour de ces points d'interrogation qu'il appartient à de plus compétents que nous de fermer, il s'est fait beaucoup de bruit, des flots d'encre ont coulé.

Au point de vue hygiénique qui nous occupe, voici ce que nous avons à dire.

L'Etat ayant décrété l'obligation de l'instruction doit la donner dans des locaux salubres, aérés, vastes, suffisamment éclairés. Les écoles que nous avions jusqu'à ces derniers temps — et dans quelques pays l'école se tient encore dans une étable — étaient tout à fait malsaines. Si on lit les rapports des inspecteurs généraux de 1879 à 1881, on verra dans quels taudis repoussants on entassait les enfants, qui y restaient une dizaine d'heures pendant cinq à six années, à un moment de leur vie où ils ont précisément besoin de bien manger, de bien respirer, de bien voir.

Aujourd'hui, par une sorte de réaction plus louable que blâmable, bien que nous soyons ennemis de toute exagération, grand nombre de communes se sont lancées dans des constructions hors de proportion avec leur importance et leur fortune, et on les a accusées d'avoir bâti des palais ruineux. Nous avons vu certaines de ces écoles, et bien peu nous ont paru mériter ce reproche.

On dit que ce sont des abris trop beaux pour les fils et les filles des pauvres gens des villes et des campagnes qui d'ordinaire habitent des mansardes sans air ni lumière. On croit que ces en-

(1) Introduction d'un ouvrage actuellement sous presse.

des accès solennels qui ont causé plus d'une erreur de diagnostic.

Il y a deux on trois ans, j'ai été consulté par un onvrier de province, qui m'amenait son fils, un enfant de 14 ans. Il était malade depuis 1879 ; à cette époque, il avait 9 ans. Sa maladie éclata dans des circonstances particulières. Je dois vous dire que ses antécédents héréditaires étaient nuls ; le père était, il est vrai, un peu obèse, mais c'est tout. Ses antécédents personnels étaient excellents. Cependant à 4 ans il avait eu une coqueluche grave, qui avait duré dix-huit mois, sa vie même avait été en danger ; à la suite de cette coqueluche il avait gardé une bronchite.

La première crise, comme je viens de vous le dire, eut lieu en 1879, dans des circonstances particulières. Il était chez son oncle à Aubusson, lorsque les premiers accidents éclatent. Le médecin qui est appelé, constate de la suffocation et une dyspnée si violente que, perdant probablement un peu son sang-froid, il parle de croup et envoie chercher le père.

Celui-ci arrive de bonne heure, et trouve son enfant dans son lit, mais gai, sans trace de la crise qu'il vient de subir. C'était une crise d'asthme, mais une crise si soudaine, si violente, que le médecin s'y était trompé. Depuis, les crises se sont reproduites pendant plusieurs mois et avec une physionomie particulière.

Il resta un mois sans rien éprouver, et depuis lors tous les mois il a un accès, et un accès qui a son début, son milieu, sa fin.

Pendant la première période, il tousse et crache davantage, cette période dure deux, trois, quatre, cinq jours. Il respire de plus en plus difficilement. Puis arrive la suffocation nocturne, pendant deux ou trois nnits, et qu'on calme par différents moyens.

La crise dure une heure ou deux, et se termine par le rejet de mucosités plus ou moins abondantes. Au bout de deux ou trois nuits, plus rien ! Les jours qui suivent, il crache et tousse davantage, puis il revient à son état de bronchite habituel.

Ce tableau est tout différent de celui que nous offre notre malade, chez lequel, en somme, l'asthme est peu de chose. La thérapeutique n'a pas eu non plus le même succès. Je l'ai soumis d'abord à l'iodure de potassium. Il a pris par jour 0.50 centigr., puis il a atteint 1 gr. 50 et même 2 grammes, sans éprouver d'autre soulagement qu'une amélioration de son état.

Il est allé an Mont-Dore. La première saison lui a été très ntile, car depnis sa saison, de juillet 1884 ; jusqn'en 1885 il n'a pas eu de crise, mais depuis lors l'asthme a en quelque tendance à reparaitre. Il est retourné au Mont-Dore, mais sans grand profit. L'administration de l'iodure n'a plns produit non plns d'amélioration bien appréciable.

Je tiens à vous parler d'un troisième type d'asthme, car il me semble qu'il pourrait s'en séparer et faire cadre à part ; il a été décrit par Hénoque sous le nom de crise d'asthme d'origine gastro-intestinale. Tout autres ici sont le tableau clinique et la pathogénie.

Les enfants âgés de 10 mois, de 2 ans, sont pris sonvent tout d'un coup de dyspnée et en même temps d'une angoisse très pénible. Le cœur bat très vite, ses battements sont parfois défaillants. La cyanose qu'on observe quelquefois donne à ces crises une apparence de gravité particulière, si bien qu'elles constituent un type particulier, de durée variable, deux heures à plusieurs jours, pendant lesquels l'ensemble du tableau ne varie pas ou à peu près. Or qn'arrive-t-il, si par un procédé quelconque, vomitif, purgatif, diète, lavage de l'estomac, antisepsie intestinale, on débarrasse, on vide le tube digestif ? C'est qne les accès disparaissent : on a affaire à de l'asthme d'origine gastrique, d'origine gastro-intestinale.

Mais en présence de cette physionomie de l'affection, je me demande, est-ce de l'asthme ? La description qu'en donnent les vieux anteurs ne s'en rapproche pas. C'est un état qui n'a de commun avec l'asthme que son début brusque, après le repas, rien de plus. Il peut se présenter une fois et ne plus revenir. Ce n'est pas un état pathologique des bronches de la respiration ; c'est une dyspnée d'origine cardiaqne.

C'est donc par un abus des termes que Hénoque et Moncorvo le décrivent sous le nom d'asthme, c'est une affection particulière dans laquelle se montrent affectés le poumon, le cœur, la face. C'est au chapitre du diagnostic différentiel qu'il faut la placer, car sa pathogénie et son traitement diffèrent d'une façon absolue de ceux de l'asthme vrai.

Comment procéder dès lors dans le cas de crise asthmatique pour éclairer et le diagnostic et la thérapeutique ?

Après avoir constaté que l'asthme existe, il faut faire le diagnostic de la *cause*, et pour cela diriger ses investigations du côté de l'appareil respiratoire, chercher d'abord s'il n'y a pas un certain degré de bronchite et d'enphysème. A la suite de la coqueluche, de la rougeole, souvent sans antécédent

---

fants puiseront dans leur école luxueuse le dégoût et le mépris du foyer paternel.

N'est-ce donc pas assez que l'écolier loge quinze heures sur vingt-quatre dans des pièces étroites et obscures si préjudiciables à sa santé ? On voudrait encore que pendant les quelques heures qu'il passe au travail il vécût et respirât aussi mal que dans la triste demeure de ses parents !

On a eu raison, selon nous, de construire des écoles bien aménagées, vastes et claires, que l'on nomme des palais. Le luxe qu'on y trouve, s'il est dans quelques moellons trop coûteux, dans quelques menuiseries trop soignées, dans quelques peintures trop fines, n'a pas sur l'esprit de l'enfant l'influence fâcheuse que l'on redoute. Au contraire, la sensation de bien-être que l'écolier éprouve à se trouver si bien abrité ne peut lui inspirer que des idées saines, le goût de la propreté, l'amour du travail et de l'ordre. Qui sait s'il ne rapportera pas ces idées à la maison paternelle et si elles ne rejailliront pas sur sa famille ?

Nous le répétons : la loi qui rend l'instruction primaire obligatoire impose à l'administration un double devoir : instruire tous les enfants qui lui sont confiés, préserver leur santé contre les dangers que peuvent lui faire courir l'application des méthodes d'enseignement, l'aménagement des locaux, la réunion d'un grand nombre d'élèves dans les écoles.

Certes, il faut que la France forme des citoyens instruits, connaissant leurs devoirs et leurs droits ; mais elle doit aussi faire des bommes robustes, aptes au service militaire, capables ainsi de servir leur pays par leur intelligence et par leurs bras.

Dans cette mission patriotique, le rôle de l'instituteur est capital. A ce serviteur dévoué de l'enfance il appartient, non senlement de développer les facultés intellectuelles de ses élèves, mais encore, par une sollicitude de chaque jour, de maintenir intactes leurs qualités pbysiques.

Le guide que nous publions aujourd'hui a précisément pour but de donner à l'instituteur les moyens de remplir son devoir envers les jeunes générations qui passent par ses mains ; il y trouvera réunis les renseignements qui sont épars dans une foule de publications et qui seront ainsi plus faciles à consulter et à utiliser.

En parlant du maitre, nous n'oublions pas la maîtresse. Elle aussi doit veiller à la santé des jeunes enfants qui lui sont confiées, et chercher à favoriser leur développement par des exercices

pathologique, il n'est pas rare de voir chez les enfants de la bronchite avec un certain degré d'emphysème. Il ne faut pas omettre non plus de percuter le manubrium, de chercher en d'autres termes, s'il existe ou non de l'adénopathie trachéo-bronchique. Et pour cela, comme je l'ai signalé, on doit rechercher si la respiration s'entend également des deux côtés.

Il faut ensuite interroger le larynx ; examiner la voix. Chez notre malade elle est voilée. Je ne serais point étonné que le larynx ne soit le point de départ de son asthme. Mais entre tous il y a un organe à bien examiner lorsque l'arbre respiratoire a gardé son intégrité : c'est le nez, c'est le pharynx, car nous connaissons l'asthme nasal et nous savons qu'il est assez commun. Chez certaines personnes, qui semblent ne présenter rien d'anormal de ce côté, il existe de petits polypes muqueux, une déformation de la cloison, une déviation des cornets, une inflammation légère enfin, qui renferment le pourquoi des accès. C'est un diagnostic d'une grande simplicité.

On a cité aussi, quoique plus rarement, l'amygdale pharyngienne, comme pouvant être le point de départ de l'asthme, et on a rapporté deux cas où les accès ont été soulagés par l'ablation des amygdales.

Votre examen, comme vous le voyez, doit passer par tout l'arbre respiratoire. Ce n'est pas toujours commode d'obtenir des gens qu'ils se soumettent à un examen aussi approfondi.

Mais, à côté de ces malades, il en est d'autres, des asthmatiques vrais, chez qui on ne trouve rien de tout cela. Comme chez notre enfant, de l'obésité, de l'arthritisme et c'est tout.

D'autres fois votre sagacité sera mise en éveil si vous pensez à l'impaludisme. Moncorvo, et le sulfate de quinine lui a donné raison, en a cité des exemples. M. J. Simon en a observé également de son côté et il y insiste. Cherchez donc également les antécédents de vos enfants, et ceux de leurs parents, déterminez l'état de la rate et faites de la thérapeutique en conséquence : 1 gr. à 1 gr. 50 de sulfate de quinine, en trois doses prises à dix minutes d'intervalle, cinq à six heures avant l'accès.

Enfin on a cité des cas où l'hérédité syphilitique était en jeu. Des observations de Moncorvo montrent que l'iodure de potassium a été utile à haute dose.

Deux mots maintenant du diagnostic et du traitement.

Pour faire un pronostic il faut d'abord faire un diagnostic et éliminer de l'asthme les accès dyspnéiques cardiaques, stomacaux ou périphériques dont je vous parlais tout à l'heure. Ceci écarté, lorsqu'on a examiné, scruté le poumon, les bronches, les ganglions bronchiques, le larynx, le pharynx, le nez, si rien ne permet d'expliquer l'asthme, si le sujet n'est ni syphilitique, ni paludéen, il vous arrivera d'être fort embarrassé. Mais pareille alternative est rare.

Chez notre petit malade 1 gr. d'iodure a heureusement modifié son état. Il suffit de continuer. Non seulement ses crises ont disparu, mais sa bronchite va mieux. Il n'est pas douteux cependant qu'au bout d'un certain temps on ne soit obligé d'en suspendre l'administration ; il est probable que les crises alors reparaîtront. Il faudra de nouveau revenir à l'iodure, et cela avant que l'état de crise soit constitué.

Quant à l'accès lui-même, le papier nitré, la pyridine, le nitrate d'amyle, les cigarettes belladonées, vous rendront des services. Dans un cas où l'iodure ne m'avait rien donné, j'ai eu un succès avec l'antipyrine.

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'ANTIPYRINE ; MODE D'EMPLOI ; RÉSULTATS ; CONTRE-INDICATIONS, par Albert ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

(Suite et fin.) (1).

Obs. IV. — Une femme de soixante-et onze ans s'aperçoit, il y a cinq ou six ans, à la suite de chagrins violents, qu'elle urine plus fréquemment qu'à l'ordinaire. En même temps, elle ne peut satisfaire sa soif et parvient à peine à se rassasier. Deux à trois mois après le début de cette polyurie, on constate la présence dans les urines d'une grande quantité de sucre. Elle ne suit aucun traitement, ni aucun régime ; sauf sa polyurie et sa polydipsie, la santé était parfaite.

Au mois de juillet 1888, elle s'aperçoit qu'elle maigrit, malgré l'énorme masse d'aliments qu'elle ingère ; puis elle s'enrhume et tousse assez pour que tout sommeil continu soit devenu impossible Elle refuse de suivre un régime, et se contente d'avaler quelques tisanes insignifiantes.

(1) Voir le numéro précédent.

---

en plein air. La femme, si elle n'a pas comme l'homme des travaux pénibles à faire, un service actif à effectuer pour le pays, a cependant besoin de forces pour mener à bien ses fonctions de mère ; forte elle-même, elle donnera naissance à des enfants forts.

Voilà donc, déterminé en quelques lignes, le rôle de l'instituteur et celui de l'institutrice ; par là même est donnée la signification du livre qui doit leur servir de guide et que nous leur présentons aujourd'hui.

Il se divisera en trois grandes sections :

La première, consacrée à *l'entretien de l'état de santé ou état physiologique*, comprendra certaines règles applicables aux enfants des écoles.

La deuxième partie, consacrée aux *maladies contagieuses*, dans laquelle les matières seront rangées par ordre alphabétique, donnera les affections qui peuvent se communiquer d'enfant à enfant et dont il est bon d'arrêter, dès le début, la propagation en renvoyant chez lui le petit malade et en le maintenant isolé de ses camarades tant qu'il reste pour eux un danger.

La troisième partie donnera dans le même ordre la liste des maladies et des accidents qui peuvent se produire pendant que les enfants sont sous la direction du maître. On y indiquera le moyen de remédier à ces accidents et maladies.

En publiant ce petit livre sans prétention, nous croyons faire œuvre utile pour les instituteurs à qui il s'adresse plus particulièrement, pour les enfants et leurs familles, qui ressentiront l'influence heureuse de ces conseils donnés aux maîtres.

Corps de santé de l'armée. — Concours de 1888. Le prix annuel de médecine d'armée a été décerné à M. Coustan (Camille-César-Clément-Adolphe) médecin major de 1re classe, pour son mémoire intitulé : *De la fatigue dans ses rapports avec l'étiologie des maladies des armées en paix et en campagne.*

— Le prix annuel de chirurgie a été décerné à M. Forgue (Emile-Auguste) médecin aide-major de 1re classe, pour son mémoire ayant pour titre : *Essai critique et clinique des lésions traumatiques du crâne.*

***

En octobre 1888, elle ne pesait que 44 kil. 500. Sa faim était si violente qu'elle ne parvenait plus à se nourrir, et c'est pour avoir une nourriture plus abondante qu'elle se décide à entrer à l'infirmerie des Ménages, le 11 octobre 1888.

Pendant les premiers jours de son séjour, elle ne subit aucun traitement. Voici les chiffres de la quantité d'urine et de sucre qu'elle émet:

	Quantité.	Densité.	Sucre.	
	3530	1039,5	323,26	Absence de toute trace d'albumine.
	4840	1039	422,40	
	3660	1039,5	321,76	
Moyennes.	4010	1039,3	355,80	

Du 18 octobre au 14 novembre, elle fut soumise à divers traitements sans le moindre succès ainsi qu'en font foi les chiffres ci-dessous:

	Quantité.	Densité.	Sucre.
23 octobre.....	3250	1039,5	253,96
28 —	3830	1041	322,67
5 novembre...	4230	1038,5	359,47
11 —	4110	1042	371,35
14 —	4970	1037,5	418,72
Moyennes.........	4080	1039,7	345,23

Ainsi, pendant cette période, la moyenne du sucre ne s'abaissa pas, et si l'on considère les dosages journaliers, on remarque, au contraire, une tendance continue à l'augmentation, aussi bien du côté du sucre que du côté de la quantité d'urine.

Alors, tout traitement fut supprimé jusqu'au 24 novembre.

	Quantité.	Densité.	Sucre.
18 novembre...	4680	1038,5	400
19 —	5960	1036,5	»
20 —	4180	1039	»
21 —	6230	1039,5	480,29
22 —	5800	1039	»
23 —	5150	1039,5	»
24 —	4650	1038	»
Moyennes...........	5235	1038,5	440,15

Le 24 novembre, on administra à la malade 3 grammes d'antipyrine, à la dose de 1 gramme à trois heures d'intervalle. Cette dose fut continuée jusqu'au 2 décembre inclusivement.

	Quantité.	Densité.	Sucre.
25 novembre...	5000	1039	»
26 —	4400	1041,5	»
27 —	4880	1039,5	434,97
28 —	4220	1040,5	»
29 —	4210	1041,5	364,97
30 —	3800	1043	»
1 décembre...	4770	1037	»
2 —	3860	1043,5	358,28
3 —	4220	1042,5	»
Moyennes...........	4375	1040,9	386,05

La quantité d'urine subit une petite diminution; le sucre tendait à s'abaisser, mais dans de faibles proportions et avec une assez grande lenteur. La soif était moins vive, l'appétit moins insatiable; le poids était tombé à 38 kil. 500. — La dose d'antipyrine fut portée à 5 grammes.

	Quantité.	Densité.	Sucre.
4 décembre...	3800	1042,5	»
5 —	4830	1041,5	»
6 —	3500	1043,5	341,88
7 —	3600	1044	»
8 —	3220	1042	»
9 —	3360	1042	320
10 —	3100	1044,5	302,80
11 —	3050	1044	»
12 —	3150	1044,5	»
13 —	2680	1044,5	248,01
Moyennes...........	3419	1043,3	303,17

Avec 5 grammes d'antipyrine, la quantité d'urine et de sucre diminuent notablement, mais la densité tend à s'élever, l'appétit devient plus mauvais. Je suis frappé de l'extrême acidité des urines et j'ajoute aux 5 grammes d'antipyrine 2 gr. 50 de bicarbonate de soude.

	Quantité.	Densité.	Sucre.
14 décembre...	2530	1045,5	»
15 —	3530	1042,5	»
16 —	2870	1043	241,80
18 —	1850	1042,5	126,70
19 —	1620	1037	113,81
Moyennes...........	2480	1042,1	160,93

La quantité d'urine, la densité, le sucre, diminuent beaucoup; mais l'appétit est presque nul; le poids est tombé à 36 kil. 500; en outre, depuis le 13 décembre, la malade rend un peu d'albumine. Les dosages pratiqués les 14 et 19 décembre ont donné 0 gr. 70 et 0 gr. 91.

Si l'antipyrine a diminué la glycosurie, elle ne paraît pas avoir eu une heureuse influence sur l'état général de la malade, et l'on peut mettre sur le compte du médicament l'amaigrissement, la perte de l'appétit et l'apparition de l'albumine. J'ajouterai que la malade a pâli, que ses forces ont diminué et qu'elle est fréquemment oppressée. Certes, avec des déperditions de sucre aussi grandes, on peut expliquer la plupart de ces nouveaux symptômes, et il est difficile de faire la part exacte de ce qui revient à l'antipyrine; mais on peut assurer, tout au moins, qu'elle n'a ni modifié, ni retardé l'état de cachexie auquel la malade s'achemine sûrement.

III

On peut résumer de la façon suivante chacune de ces observations:

Dans la première, l'antipyrine ne modifie en rien la quantité d'urine; si elle agit, c'est pour l'augmenter légèrement; mais elle abaisse singulièrement la densité, et elle diminue le sucre d'une manière progressive jusqu'au huitième jour. A partir de ce moment le sucre ne diminue pas; il oscille autour du minimum atteint le huitième jour.

L'albumine qui s'est fréquemment montrée à l'état de traces sensibles, mais non dosables, reparaît d'une manière certaine à partir du septième jour; le onzième jour on peut la doser et on trouve 0 gr. 40.

Quand on cesse l'antipyrine, la quantité d'urine reste stationnaire, la densité s'élève un peu, le sucre remonte assez vite, mais sans atteindre les hauts chiffres du début de l'expérience. Il se maintient entre 7 et 44 grammes avec d'assez nombreuses oscillations dont la moyenne peut être fixée à 20 grammes environ. Mais, plus tard le temps d'arrêt imprimé au diabète par l'antipyrine fait place à un retour de la maladie à son taux primitif.

L'albuminurie persiste et s'élève même légèrement encore quand on a suspendu l'antipyrine; puis elle s'atténue et disparaît sans laisser de traces.

Dans le deuxième cas, une dose minimum d'antipyrine administrée pendant cinq jours à un diabétique albuminurique d'ancienne date, diminue le sucre de plus de moitié (91 gr. 57— 39 gr. 22) sans modifier la quantité de l'albumine, qui a subi, au contraire, une très légère diminution.

Dans le troisième cas, l'antipyrine administrée pendant treize jours, à la dose de 4 grammes par jour, diminue à peine la quantité d'urine, mais abaisse notablement la densité et le sucre. La diminution du sucre atteint son maximum après quatre jours d'antipyrine; puis elle subit quelques oscillations pour s'abaisser encore et disparaître tout à fait. Mais la diminution de l'appétit et l'apparition de traces d'albumine dès le dixième jour, m'inspirent des craintes et je supprime le médicament. Au bout de huit jours, l'albumine disparaît, mais le sucre s'élève presque brusquement au point de dépasser son taux initial, tandis que la quantité d'urine s'abaisse encore. La malade est alors soumise au régime classique des diabétiques; le sucre s'abaisse rapidement à un point fixe qu'il ne dépasse plus.

Dans le quatrième cas, il ne s'agit plus d'un diabète moyen comme dans les observations précédentes, mais d'un grand diabète, qui paraît avoir pris, dans les trois derniers mois, une marche rapide. Aucun traitement ne paraît avoir prise sur la glycosurie ni sur la polyurie; du moins l'influence est assez minime puisque le sucre ne descend pas au-dessous de 345 grammes ni la quantité d'urine au-dessous de 4080 gr. quand, en l'absence de tout traitement, la quantité est de 5235 et le sucre à 440 grammes.

Quatre grammes d'antipyrine pendant neuf jours modifient à peine le sucre et la quantité d'urine. Il faut porter la dose à 5 gr. pendant dix jours encore pour déterminer un abaissement de la quantité d'urine à 3419 cent. cubes et du sucre à 303 grammes. C'est alors que, tout en continuant la dose de 5 grammes, on ajoute 2 gr. 50 de bicarbonate de soude: après six jours, le sucre tombe à 113.93 et la quantité d'urine à 2480.

Mais après ces vingt-quatre jours de traitement, l'albumine est apparue, l'état général s'est altéré, l'appétit est perdu: il faut se hâter de cesser l'antipyrine.

IV

Quelles sont maintenant les conclusions thérapeutiques que l'on peut tirer de cet ensemble de faits?

1° L'antipyrine est un médicament qui agit énergiquement sur la glycosurie, mais qui ne guérit pas, ou tout au moins qui, dans mes observations, n'a pas guéri le diabète. Mais, s'il n'a pas amené la guérison, il a exercé, sans nul doute, sur la glycosurie, la polyphagie, la polydipsie et la polyurie, une *action suspensive* des plus marquées, et qui doit être prise en sérieuse considération.

Il s'agit de déterminer dans quelles conditions les médecins peuvent utiliser cette action suspensive.

2° Tout d'abord à quelle dose convient-il d'employer l'antipyrine? J'ai donné 2, 3, 4 et 5 grammes en vingt-quatre heures, par dose de 1 gramme toutes les trois ou quatre heures.

La dose de 5 grammes est trop forte; elle diminue rapidement l'appétit, et quoiqu'elle ait pu être tolérée, dans un cas, vingt-quatre jours environ sans provoquer d'albuminurie, je n'oserais recommencer l'expérience, tant j'ai été mal impressionné par l'état général de la malade, malgré la diminution du sucre et la disparition de la polyurie.

Avec 4 grammes, les résultats ont été beaucoup plus satisfaisants. Mais la dose de 4 grammes influence l'appétit après une semaine environ d'administration; un vieillard la supporte, mais un adulte ne le tolérerait pas plus de cinq à six jours; de plus elle a déterminé assez rapidement de l'albuminurie. Voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour déclarer que la dose de 4 grammes doit être considérée comme une dose exceptionnelle et n'est pas utilisable dans tous les cas.

Il faut donc se maintenir à 3 grammes, ce qui me paraît constituer une dose moyenne applicable chez la plupart des malades. Son principal inconvénient serait de provoquer un peu d'albuminurie, après un trop grand nombre de jours d'administration. Aussi, je conseille d'abaisser la dose à 2 grammes chez les diabétiques albuminuriques. Comme on peut s'en assurer par ma seconde observation, 2 grammes d'antipyrine, administrés pendant cinq jours à un diabétique très albuminurique, n'ont nullement augmenté la quantité de l'albumine.

3° Comment faut-il administrer l'antipyrine aux diabétiques? Au début, je donnais l'antipyrine au commencement des repas. Mais, comme j'ai cru remarquer, dans une expérience *in vitro*, que l'antipyrine diminuait l'action de la pepsine, je crois préférable de la faire prendre à une certaine distance des repas par dose de 1 gramme, à quatre heures d'intervalle. Et comme, d'autre part, l'antipyrine paraît augmenter parfois, dans des proportions inusitées, l'acidité de l'urine, il me paraît utile de l'associer au bicarbonate de soude dans la proportion de deux parties d'antipyrine pour une partie de bicarbonate de soude. Les observations II et IV, montrent clairement le bien fondé de cette pratique.

4° L'antipyrine ne doit jamais être un *médicament d'habitude*. Son emploi ne saurait être longtemps prolongé et dépasser huit à douze jours en moyenne. Ce temps écoulé, il faudra cesser son usage dont la prolongation pourrait provoquer une albuminurie, transitoire, il est vrai, mais dont l'entrée en scène a cependant quelque chose d'inquiétant, en ce sens qu'elle traduit un nouveau trouble de la nutrition qui est toujours préjudiciable au diabétique. Il importe donc de supprimer l'antipyrine dès que l'examen de l'urine révèlera la moindre trace d'albumine.

La date d'apparition de celle-ci est assez variable. Si elle est apparue le septième jour dans mon premier cas, le dixième jour dans le troisième, elle ne s'est montrée que le vingt-quatrième jour dans le cinquième.

Est-ce à dire qu'il faille priver du bénéfice de l'antipyrine les diabétiques albuminuriques? Certainement non, mais il sera nécessaire de ne l'administrer alors qu'aux doses faibles de 2 grammes, et de n'en pas continuer l'emploi plus de cinq à six jours, quitte à la reprendre après un repos suffisant, soit après cinq à six jours d'abstention. L'observation II, dans laquelle l'antipyrine administrée pendant cinq jours à la dose de 2 grammes, a diminué le sucre de moitié sans augmenter la quantité de l'albumine, est tout à fait d'accord avec cette manière de faire.

5° Ces considérations permettent de préciser la technique de l'emploi de l'antipyrine chez les diabétiques. Voici un malade qui rend beaucoup d'urine et beaucoup de sucre; il est évident qu'avec le régime classique on va réduire de beaucoup la glycosurie; mais cela demande toujours un temps assez long et surtout une grande énergie de la part du malade. Dans ce cas, il y a grand avantage à commencer le traitement par l'antipyrine qu'on continuera pendant une huitaine de jours,

sans soumettre le malade au régime. Alors la quantité de sucre étant considérablement réduite, on soumettra le malade au régime classique, qui, s'il n'accentue pas la diminution, la maintiendra sans causer les dommages que l'usage continu de l'antipyrine pourrait déterminer. Et quand le diabétique, fatigué du régime, demandera instamment qu'on lui apporte quelques adoucissements, ou quand le médecin verra que le régime a donné comme diminution de sucre, tout ce qu'il peut donner, on reprendra l'antipyrine pendant une nouvelle période de huit jours, et ainsi de suite. Dans un cas où j'ai suivi cette pratique depuis plus d'une année, chez un diabétique qui émettait 254 grammes de sucre en vingt-quatre heures, j'ai pu réduire la glycosurie à un minimum de 8 à 35 grammes; la santé générale de mon malade est aussi bonne que possible, et n'était la petite quantité de sucre que l'analyse révèle dans son urine, il n'éprouve aucun trouble qui permettrait de soupçonner qu'il est atteint d'une maladie quelconque.

Par conséquent, les avantages de l'antipyrine dans le traitement du diabète peuvent, selon mes expériences, se résumer dans les propositions suivantes :

A. On doit l'employer au début du traitement d'un diabétique, alors qu'il s'agit de modérer sûrement et dans un bref délai une glycosurie ou une polyurie considérable.

B. Elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que le malade perde le bénéfice de la contrainte qu'il a imposée à son estomac.

C. Elle est indiquée, quand le régime longtemps continué et bien toléré a donné son maximum d'effet utile, en ce sens que la glycosurie et la polyurie sont arrivées à un point fixe au-dessous duquel elles ne s'abaissent plus.

D. Une habile combinaison du régime et de l'antipyrine, associés dans une sorte de médication alternante, me paraît être, actuellement, l'un des meilleurs traitements du diabète.

6° Existe-t-il des diabétiques chez lesquels l'usage de l'antipyrine soit contre-indiqué?

Je ne crois pas qu'on puisse dire d'emblée que l'antipyrine ne conviendra pas à tel ou tel diabétique; mais, quand on a commencé la cure, l'apparition de certains symptômes doit, à mon sens, la faire suspendre sans délai.

A. Dans un premier ordre de faits, chez les diabétiques traités par l'antipyrine, *le sucre ne s'abaisse pas rapidement*; au bout de six à huit jours de traitement, la diminution ne dépasse pas 25 p. 100, par exemple; dans ce cas, il sera inutile d'y revenir, et, en tout cas, il faudra cesser aussitôt le médicament.

B. Une des meilleures manières de juger des effets de l'antipyrine c'est non seulement de doser journellement le sucre urinaire, mais aussi de mesurer chaque jour la quantité de l'urine et sa densité. L'action de l'antipyrine est favorable quand, au fur et à mesure que la quantité s'abaisse, la densité descend aussi ou reste, tout au moins, stationnaire. Mais si, la quantité d'urine diminuant, la densité tend à s'élever, il faut cesser aussitôt l'antipyrine et n'y plus revenir.

C. Comme je l'ai indiqué plus haut, l'albuminurie ne constitue pas une contre-indication absolue. Sa présence implique seulement une question de dose et de durée.

D. Enfin, la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, les sensations de faiblesse éprouvées par le malade, la pâleur du visage, l'oppression, la bouffissure des paupières ou la sensation de tension dans la face, sont aussi des symptômes, qui, lorsqu'ils apparaissent, démontrent que l'usage de l'antipyrine est plus nuisible qu'utile, quand bien même la glycosurie serait favorablement influencée; ils constituent donc autant de contre-indications.

L'antipyrine peut rendre les plus grands services à la plupart des diabétiques, et elle est appelée à prendre une place importante dans leur traitement, mais comme tous les médicaments actifs, c'est une arme à deux tranchants qu'il faut savoir manier habilement et dont il serait imprudent de se servir indistinctement dans tous les cas.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

Suite (1).

III. — Sur un symptôme (secousses convulsives) observé dans le cours de processus morbides ayant pour siège la fosse occipitale, par le Dr H. Oppenheim. *Neurologisches Centralblatt*, 1889, n° 5, p. 132.

IV. — Sur une forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive spinale, compliquée de paralysie bulbaire, par le professeur Bernhardt, de Berlin. *Virchow's Archiv.* T. CXV, fasc. 2, p. 197, 1889.

III. — Dans une des dernières séances (7 février) de la Société des médecins de Berlin, M. Oppenheim a présenté un malade qui réalisait un ensemble de symptômes assez curieux. On constatait, chez ce malade, des secousses dans les muscles innervés par la branche inférieure du facial, y compris le peaussier du cou, secousses isochrones, rares, se reproduisant à des intervalles irréguliers. Des secousses semblables agitaient d'une façon incessante (jusqu'à 40 par minute), les muscles du voile du palais et des cordes vocales. La luette était tour à tour abaissée et élevée, les cordes vocales se contractaient et se relâchaient alternativement. En outre, le malade éprouvait de la céphalalgie occipitale, il avait du vertige, principalement quand il renversait la tête en arrière; gêne de la déglutition; voix nasillarde, trémulante; vomissements; parésie et contracture des muscles innervés par le facial à gauche, sans troubles bien prononcés de l'excitabilité électrique; parésie, ataxie et contracture des membres du côté droit; dureté de l'ouïe, accélération du pouls; enfin tendance à tomber en arrière lorsque les yeux étaient fermés, tels étaient les autres symptômes. Il convient d'ajouter que ceux-ci s'étaient montrés à la suite d'une atteinte de méningite cérébro-spinale épidémique, subie deux ans auparavant.

Cette observation a évoqué dans les souvenirs de l'auteur un fait observé antérieurement, et où existaient des troubles moteurs en partie du même genre, à côté de symptômes qu'il y avait tout lieu de rapporter à une tumeur du cervelet. Ces troubles moteurs consistaient dans un tremblement de la tête et des membres supérieurs, qui ne se produisait qu'à l'occasion des mouvements volontaires, comme dans les cas de sclérose en plaques, et dans des secousses rythmiques presque ininterrompues, qui agitaient le voile du palais ainsi que les cordes vocales inférieures et supérieures. Le larynx était dans une agitation continue; il était successivement élevé et abaissé. Il en résultait des troubles de la déglutition et de la phonation. Pendant les deux mois durant lesquels le malade a pu être observé, ces manifestations ont persisté, avec une intensité variable.

(1) Voir le numéro précédent.

Le malade a succombé. A son autopsie, on a trouvé dans le cervelet une tumeur du volume d'un œuf de poule. La tumeur avait produit un aplatissement considérable de la protubérance et du bulbe. Les racines du nerf vague et de l'accessoire, examinées après durcissement dans l'acide osmique, étaient manifestement atrophiées, de plus envahies par une hyperémie très intense et par de petits foyers hémorrhagiques.

Raisonnant par voie d'analogie, M. Oppenheim incline à admettre que chez son premier malade il existe également un processus morbide ayant pour siège la fosse occipitale, et qui engendre et entretient les troubles moteurs décrits plus haut, par compression du nerf vague et de l'accessoire ou de la moelle allongée. Ce processus consiste, selon toute vraisemblance, dans une méningite chronique, compliquée d'une lésion circonscrite (encéphalite en foyer) dans la moitié gauche de la protubérance, lésion propre à rendre compte de l'hémiplégie alternante et de l'hémiataxie signalées plus haut.

Incidemment l'auteur a fait remarquer que les rares exemples de troubles moteurs spasmodiques en rapport avec des altérations des nerfs crâniens concernent presque tous des lésions des cinquième et septième paires (les cas de nystagmus exceptés). D'autre part, un cas de tic convulsif en rapport avec un anévrysme de l'artère vertébrale a été publié par Schultze, un cas de secousses convulsives du sourcilier par Moeser, et un cas de secousses convulsives du voile du palais, en rapport avec un anévrysme de l'artère vertébrale, par Oppenheim. Ce dernier ne connaît pas d'exemple de secousses convulsives du larynx ayant une origine analogue.

Un détail intéressant, souligné par l'auteur, c'est que les secousses convulsives du larynx et celles du voile du palais étaient isochrones, mais se produisaient à d'autres moments que les secousses des muscles innervés par le facial.

IV. — M. Bernhardt vient de publier trois observations cliniques, sans autopsie, dont il prétend faire des exemples d'une forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive, spinale (type Aran-Duchenne) avec complications bulbaires. Cette manière de présenter les choses est sujette à contestation. Voyons d'abord les faits.

Obs. I. — Le sujet de cette observation, un négociant, était âgé de 40 ans lorsqu'il vint pour la première fois consulter l'auteur (1880). Cet homme, d'une constitution assez robuste, se plaignait de ne plus pouvoir écrire d'une façon régulière : Les lettres étaient mal dessinées, quelques-unes trop petites ; la main se fatiguait très vite. Quant au reste, les mouvements ordinaires s'exécutaient normalement aux membres supérieurs et ailleurs. Absence de troubles subjectifs et objectifs, autres que ceux qui ont été mentionnés, sauf que le malade avait remarqué qu'il trébuchait assez souvent du pied droit.

Un peu plus tard, le malade devint sujet à des accès d'étouffements, lorsqu'il lui arrivait de rire ; il présentait un certain embarras de la parole. Lorsque ensuite, après un intervalle de huit mois, M. Bernhardt revit le malade, ces premiers indices d'une paralysie bulbaire commençante s'étaient accentués. La parole était indistincte; la voix sans timbre ; le malade ne pouvait plus chanter. La langue était en voie d'atrophie, ne se mouvait plus que difficilement; la contractilité faradique de ses muscles était diminuée. Le malade avait de la peine à prononcer les labiales P et B, il ne pouvait que difficilement maintenir un cigare entre ses lèvres. Contractions fibrillaires très nettes, dans les muscles des lèvres et du menton. Difficulté de la mastication et de la déglution. Le malade est obligé de se servir d'un appareil spécial pour écrire. Quand il descend d'un escalier, il exécute des mouvements de sautillement tout à fait insolites.

Au mois d'avril et au mois de mai 1883, les symptômes de paralysie bulbaire dominaient la scène morbide. Au mois d'août, le malade succomba après deux années de maladie. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Obs. II. — La seconde observation concerne un malade qui est à la fois beau-frère du précédent et son cousin issu de germain (sa mère était nièce du père du premier malade). Il avait 32 ans lorsqu'il consulta pour la première fois M. Bernhardt (1882). Il se plaignait d'une certaine faiblesse des muscles de la nuque et des bras. La parole était un peu traînante. La tête était dans une attitude anormale ; elle pendait habituellement en avant, et le menton venait au contact de la poitrine. Pour la relever, le malade était obligé d'imprimer au tronc un balancement en arrière, ou de refouler le menton dans cette même direction, à l'aide de la main. Les muscles de la nuque et de l'épaule étaient dans un état d'atrophie très avancée, et leurs fonctions presque entièrement compromises. Participaient à cette parésie motrice : les muscles trapèzes, sterno-cléido-mastoïdiens, les splénius, les élévateurs de l'angle de l'omoplate, les deltoïdes. Le malade pouvait encore élever son bras droit un peu au-dessous de la ligne horizontale, mais son bras gauche, point. A droite seulement l'omoplate suivait ce mouvement. Diminution de la contractilité galvanique et faradique des muscles de la nuque, de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, des mains et des doigts. A droite, le trapèze était, de temps à autre, agité par des contractions fibrillaires. Le malade succomba en 1884 ; sa maladie avait duré deux ans au plus. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Obs. III. — La troisième observation concerne un cousin du précédent malade, âgé de 36 ans lorsqu'il vint consulter pour la première fois M. Bernhardt (1887). L'année précédente, il avait commencé à éprouver une sensation de tension et de faiblesse dans les muscles de la nuque et du cou; à gauche principalement ces sensations s'irradiaient vers l'épaule gauche, sensation de parésie à la joue gauche. Difficulté de la mastication et de la déglution, tels furent les symptômes qui survinrent dans la suite. La salive s'accumulait dans la bouche du malade; celui-ci devint sujet à des accès de spasme glottique et de toux convulsive. Tendance de la tête à pencher en avant. Enfin le malade se mit à maigrir au point que, vers la fin de l'année 1888, il ne pesait plus que 50 kilogr. Au mois de mars de cette même année, M. Bernhardt constatait l'existence d'une atrophie très prononcée des muscles trapèzes, sterno-cléido-mastoïdien, splénius, sus et sous-épineux, deltoïdes. Dans tous ces muscles la contractilité faradique était abaissée; il n'existait pas de signes bien nets d'une réaction de dégénérescence. Les mouvements de l'épaule étaient gênés, ceux de la tête l'étaient encore davantage. Pour relever la tête, le malade était obligé de refouler le menton avec la main. Pas de tremblements fibrillaires. Atrophie de la langue. Le malade avalait avec difficulté, principalement les aliments solides. Dyspnée au moindre mouvement. Le malade a succombé l'année dernière. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Il importe d'ajouter que d'après les renseignements fournis par M. Bernhardt, plusieurs autres membres de la même famille avaient payé un tribut à l'hérédité neuropathique.

— Voyons maintenant l'interprétation que l'auteur a donnée de ces faits.

Il n'y a pas d'assimilation possible entre ceux-ci et les formes héréditaires d'atrophie musculaire progressive, décrites par

Leyden, Moebius, Erb, Landouzy et Déjerine, etc., expressions d'une même maladie et d'un processus *myopathique* ; voilà une première assertion, formulée par M. Bernhardt, et que personne, je pense, ne contestera.

Que si l'on s'en tient aux observations II et III, la première idée qui vient à l'esprit, d'après M. Bernhardt, c'est qu'on a affaire à des exemples de la forme spinale d'atrophie musculaire progressive (ce qu'en France nous appelons couramment type Aran-Duchenne), avec complications bulbaires. A ce propos, une remarque s'impose. En Allemagne, il est couramment admis que lorsque des symptômes de paralysie bulbaire se développent dans le cours d'une amyotrophie progressive sans contracture, on se trouve en présence d'un cas d'atrophie musculaire progressive en rapport avec des lésions spinales (type Aran-Duchenne). M. Bernhardt, qui semble partager cette manière de voir, conclut de l'absence de phénomènes spasmodiques (contracture) chez ses malades, à ce que ceux-ci n'étaient certainement pas affectés de la sclérose latérale amyotrophique.

De ce que, chez deux malades sur trois, les premières manifestations apparentes ont consisté dans une atrophie des muscles de la nuque, M. Bernhardt incline à croire que le processus anatomo-pathologique a débuté par une altération des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la partie supérieure de la moelle cervicale, pour de là s'étendre au bulbe.

Cependant, M. Bernhardt concède que peut-être il ne s'agissait pas, dans ses observations, d'exemples authentiques de la forme spinale de l'atrophie musculaire progressive. Il se peut que ces faits se rattachent à la poliomyélite antérieure chronique, dont la première ne diffère peut-être que par une évolution plus rapide et une extension plus grande du processus morbide. M. Bernhardt veut bien convenir que cette interprétation ne saurait s'appliquer à la première observation, où il n'y a pas eu coexistence d'une atrophie des muscles de la nuque et de l'épaule avec les symptômes de paralysie bulbaire. Il semble plutôt à l'auteur que dans le premier cas il se soit agi « d'une affection disséminée des centres nerveux ».

Mais cette première observation ne serait-elle pas plutôt un exemple de la forme de paralysie glosso-labio-laryngée à marche progressive, qui, d'après M. Charcot, évolue sans s'associer à la sclérose latérale amyotrophique et comporte un pronostic particulièrement grave, car elle aboutit à une terminaison fatale en deux ou trois ans au plus (1). Restent les deux autres observations de M. Bernhardt, dans l'une desquelles au moins, les phénomènes de paralysie bulbaire existaient au début de la maladie, et peut-être avant l'atrophie des muscles de la nuque. Rien n'empêche de rattacher ces deux cas à la sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire, la mort étant survenue avant que le processus bulbo-spinal ait pu atteindre cette portion des faisceaux blancs, dont la lésion se traduit par de la contracture.

Toujours est-il que les observations de M. Bernhardt ne me semblent pas avoir la signification qu'on pourrait être tenté de leur attribuer, d'après le titre du travail de l'auteur ; elles n'autorisent pas à conclure à l'existence d'une forme d'atrophie musculaire progressive intermédiaire à la forme spinale et aux formes myopathiques, se rattachant à celles-ci par le caractère familial, et à celles-là par le siège des lésions (centres moteurs et trophiques de la moelle et du bulbe).

E. Ricklin.

(1) Voir : *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. Année 1887-1888, p. 224-225.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cure radicale des hernies et des hydrocèles congénitales, par Winocouroff. (Th. Paris, 1888.)

La cure radicale des hernies congénitales est à recommander chez les adolescents, c'est-à-dire à une époque où la guérison par les bandages n'est plus à espérer. On supprime ainsi un danger qui menace constamment le hernieux, on contribue, dans les cas d'ectopie, à la descente du testicule dans le scrotum et on favorise sa vitalité. Sauf de rares exceptions l'opérateur devra s'attacher à disséquer intégralement le conduit vagino-péritonéal en conservant le testicule dans la majorité des cas, qu'il s'agisse d'une hernie ou d'une hydrocèle congénitales, et dans ce dernier cas on ne fait rien moins que la cure préventive d'une hernie en voie de formation. L'épiploon trouvé dans le sac sera réséqué pour peu que la réduction en soit difficile.

Contribution a l'étude de l'entorse. — De son traitement par le massage, par M. Bernard. (Th. Paris, 1888.)

Le massage est excellent dans l'entorse et cette pratique, qui faisait autrefois le succès incontesté des rebouteurs, est entrée à bon droit dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale. Pour obtenir le maximum d'effet utile, l'important est de le pratiquer suivant des règles bien connues que l'auteur se plaît à retracer.

Après avoir été trop longtemps discrédité, le massage est à l'heure actuelle remis en si grand honneur qu'il est à craindre de le voir rendu responsable d'accidents susceptibles de lui faire reprendre le chemin de l'oubli. Ne lui demande-t-on pas trop ? Nous avons maintes fois entendu, il y a quelques années, nos maîtres faire le procès des rebouteurs qui, méconnaissant les fractures, les massaient. Aujourd'hui ils en font eux-mêmes autant ! Ils effleurent, frictionnent, foulent, mobilisent les fractures juxta-épiphysaires ne trouvant de contre-indication que dans l'existence d'une plaie étendue des téguments, dans la coïncidence d'une phlébite, dans la constatation d'un état diabétique, dans la manifestation d'une fracture compliquée.

Gardons-nous en toutes choses des exagérations : le massage est un moyen de traitement très efficace dont il faut disposer avec discernement et à qui il ne faut pas demander plus qu'il ne convient.

Quelques réflexions sur l'application de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures ouvertes, par J. Rouxel. (Th. Paris.)

Si tout chirurgien peut reconnaître avec l'auteur que la conservation est tentée de nos jours pour des cas que l'on aurait pu regarder comme désespérés il y a quelques années, la majeure partie n'hésite pas à attribuer avec lui, à la méthode antiseptique, la plus large part des heureux résultats constatés.

Essai sur la suppuration dans les fractures fermées, par J. Béraud. (Th. Paris.)

L'évolution habituelle du travail qui, dans les fractures, aboutit à la consolidation, est souvent troublée par des accidents variés de nature, au nombre desquels on peut ranger la suppuration. Très rare, il faut le reconnaître, dans les fractures fermées, où elle paraît devoir résulter d'une infection locale par une plaie superficielle concomitante ou d'une auto-infection consécutive à une maladie grave telle que l'érysipèle, la fièvre typhoïde, cette complication peut survenir à toutes

les périodes d'évolution de la fracture, plus souvent pendant les premiers jours qui suivent l'accident, mais parfois après la formation du cal et même après la consolidation, ainsi qu'il ressort des exemples rapportés par l'auteur.

Ch. Amat.

Contribution a l'étude de l'influence de l'alcool sur la pepsine, par M. Henri de Nesslern. — (Thèse de Paris, Henri Jouve, éditeur).

Après un court historique sur la découverte de la pepsine et sur les propriétés chimiques et physiologiques de ce ferment, il est fait mention des recherches de Vulpian et Mourrut qui concluent à l'action paralysante et destructive de l'alcool sur le ferment peptique et au rejet de toute préparation contenant de l'alcool. Ces conclusions attaquées par M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, qui, tout en admettant que l'addition d'alcool à une solution de pepsine acidifiée retarde la digestion (même sans que la quantité d'alcool soit supérieure à celle que renferme le vin de Bordeaux) soutient que les préparations alcooliques de pepsine sont encore les seules qui puissent être employées en thérapeutique, ont été reprises par l'auteur.

Après une série d'expériences sur la solubilité de la pepsine dans les liquides alcooliques, et sur les modifications apportées par l'alcool aux propriétés physiologiques de ce ferment, il arrive aux conclusions suivantes que nous nous bornons à citer :

1° Les divergences d'opinion sur l'action réciproque de l'alcool et de la pepsine proviennent de ce que les produits employés sont défectueux.

2° Une pepsine mise à l'essai doit non seulement dissoudre mais peptoniser la fibrine.

3° La pepsine conserve son pouvoir digestif dans des solutions alcooliques à 20 p. 100.

4° Les solutions alcooliques à 70 p. 100, détruisent ses propriétés.

5° Si les vins et élixirs de pepsine sont défectueux, c'est non par l'alcool, mais par le tannin qu'ils renferment. Nous ferons remarquer que l'acide tannique ne précipitant pas la solution aqueuse on s'explique difficilement son action sur le ferment. De plus, il est regrettable qu'au cours de ses recherches, l'auteur n'ait point étudié les modifications subies par la pepsine dans d'autres dissolvants qui, employés de préférence à l'alcool et au vin, donneraient de meilleurs résultats.

BULLETIN

Les poêles mobiles. — Pathogénie de certains abcès du sein. — Nature parasitaire de la maladie du mamelon de Paget. — Action des miroirs rotatifs dans quelques affections du système nerveux. — Huitième Congrès allemand de médecine interne.

L'Académie de médecine a clos la discussion sur les dangers des poêles mobiles par le vote de conclusions que nos lecteurs ont pu lire dans le *Journal des Sociétés scientifiques*. La savante compagnie avait à éviter un double écueil : celui de n'émettre que des instructions ou conseils purement platoniques, à l'adresse du public, et celui d'élaborer une réglementation plus ou moins sévère, mais malheureusement sortant de sa compétence, dépourvue de sanction et frappée ainsi d'avance de stérilité. Prenant un moyen terme, et restant dans ses attributions, l'Académie, tout en faisant connaître les différentes causes de dangers que présentent les poêles mobiles, a appelé l'attention des pouvoirs publics sur ces dangers et sur la nécessité de les prévenir ou tout au moins de les atténuer par des mesures dont l'étude et la mise en vigueur appartiennent à ces pouvoirs.

Il ne faut pas se dissimuler qu'une réglementation, en pareil cas, présente de sérieuses difficultés. La proscription des poêles mobiles serait à coup sûr la mesure la plus efficace ; mais, si elle est applicable dans les établissements publics, elle se heurte, dans les habitations privées, à une question économique moins facile à résoudre. Ici la responsabilité à établir, pour que les règlements soient suivis d'une sanction, est multiple ; elle doit atteindre, en effet, l'ingénieur ou l'industriel qui a fabriqué ou vendu l'appareil de chauffage ; le propriétaire ou l'architecte de l'immeuble dont le mauvais tirage ou l'entretien défectueux des cheminées favorisent la diffusion des gaz toxiques dans les appartements; enfin, le possesseur du poêle qui, dans l'emploi de ce mode de chauffage, se conforme plus ou moins mal aux précautions requises. Est-il possible de pénétrer dans le *home* de chacun pour surveiller l'exécution des règlements? C'est au législateur de répondre, car il ne faudrait rien moins pour cela qu'une loi nouvelle. Il semble plus facile, en cas d'accident, de déterminer la part de responsabilité qui revient à l'un ou l'autre, et encore on a vu par un récent exemple que, dans l'état actuel de notre législation, cette détermination est à peu près impossible. C'est surtout à ce point de vue que l'intervention des pouvoirs publics est désirable, nécessaire. En attendant, le retentissement de la discussion dont l'Académie de médecine vient d'être le théâtre, et la vulgarisation des conclusions qu'elle a votées, auront peut-être pour résultat, d'abord de rendre le public un peu plus prudent, ensuite d'engager les fabricants d'appareils de chauffage à perfectionner les appareils actuels ou à en inventer d'autres moins dangereux.

— La communication de M. Budin à l'Académie de médecine, sur la pathogénie de certains abcès mammaires, présente un grand intérêt pratique. En suivant les conseils qu'il donne d'éviter le contact des mamelons de la nourrice avec du pus venant de l'enfant, on préviendra fréquemment la formation des abcès. En second lieu, la notion que ces abcès débutent par une galactophorite dont le processus s'étend jusqu'aux lobules de la glande et jusqu'aux acini où le pus s'accumule, conduit à la pratique, qu'on peut qualifier d'abortive, préconisée par notre confrère : l'évacuation du pus au moyen d'une pression méthodique, par les conduits galactophores. Les femmes seront toujours doublement reconnaissantes, au point de vue de la douleur et de l'esthétique, au médecin qui, en de pareilles circonstances, les préservera d'une intervention chirurgicale.

— C'est encore par les conduits galactophores que pénétreraient certains organismes pour donner lieu à la maladie du mamelon décrite par Paget. On sait qu'il s'agit d'une affection d'apparence eczémateuse du mamelon et de l'aréole se terminant en général par la formation d'un cancer du sein avec rétraction et ulcération du mamelon.

Dans une note communiquée à la Société de Biologie, M. Darier rattache cette affection à une origine parasitaire. En effet, dans l'épiderme superficiel, dans le tissu conjonctif du derme, dans les canaux excréteurs des glandes sudoripares, dans les conduits galactophores, il a constaté la présence, au milieu des cellules épithéliales ou même dans leur intérieur, de

corps ronds entourés d'une membrane réfringente et à double contour, qui ne sont autres que des psorospermies ou coccidies, animaux unicellulaires de la classe des sporozoaires. On comprend toute l'importance pratique de cette nouvelle notion pathogénique de la maladie de Paget, notion qui s'étend peut-être à d'autres épithéliomes.

— D'après certaines recherches de M. Luys, le miroir rotatif n'agirait pas moins sur le système nerveux de l'homme que sur celui de l'alouette. Notre confrère a communiqué, en effet, à la Société médicale des hôpitaux, deux observations dans lesquelles l'action des miroirs rotatifs aurait pour conséquence: ici une amélioration très grande d'un cas de paralysie agitante; là une quasi guérison de névralgies rebelles liées à un début de paralysie générale. Cette action rapide d'un moyen si simple dans deux maladies aussi réfractaires à l'intervention thérapeutique que la paralysie agitante et la paralysie générale, ne laisse pas d'inspirer quelque doute sur la rigueur du diagnostic porté. M. Rendu, en particulier, s'est fait l'interprète de ce scepticisme en rappelant que certaines formes particulières d'hystérie peuvent donner le change et faire croire à une paralysie agitante qui n'existe pas. Il serait en tout cas prématuré de tirer une conclusion de deux faits et l'on doit souhaiter que M. Luys, poursuivant ses expériences, apporte des éléments de conviction plus nombreux.

— Le huitième congrès allemand de médecine interne s'est ouvert lundi dernier à Wiesbaden sous la présidence de M. Liebermeister. La première question mise à l'ordre du jour est relative à l'iléus; elle a été l'objet d'un double rapport, l'un de M. Leichtenstern pour la pathologie, l'autre de M. Curschmann pour la thérapeutique. Parmi les autres questions qui ont été soumises au congrès, nous signalerons: La nature et le traitement de la goutte (Ebstein et Pfeiffer); Le rhumatisme et la goutte (Friedlander); Les fonctions de l'estomac dans la phthisie tuberculeuse (Zimmermann); Etude et traitement de la dilatation de l'estomac (Klemperer); De la dyspnée cardiaque (Basch), etc. Le lecteur trouvera une analyse de ces travaux dans le *Journal des Sociétés scientifiques*.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

L'Électricité et les exécutions capitales. — L'emploi de l'électricité pour les exécutions des condamnés à mort tend à se répandre aux Etats-Unis, et plusieurs Etats ont suivi sous ce rapport l'exemple de celui de New-York pour demander qu'on applique désormais ce mode d'exécution. Voici, d'après un travail publié dans le *Journal of the American medical Association* et traduit par la *Province médicale*, le *modus faciendi* recommandé pour l'application de la méthode:

Le condamné sera couché et soigneusement attaché sur une forte table recouverte d'une nappe de caoutchouc, et percée sur ses bords de trous qui laisseront passer les liens; mieux encore, il sera assis dans un fauteuil très solide. L'une des électrodes sera fixée sur la table ou dans le dossier du fauteuil, de façon à porter sur la colonne vertébrale, entre les épaules. L'autre pôle appuiera sur le vertex, figuré par une sorte de masque maintenant la tête et assujetti à la table ou au dossier du fauteuil. Les rhéophores traverseront le plancher ou une cloison de la chambre pour aboutir à la machine électro-dynamique. Un appareil pour fermer le circuit sera fixé à la muraille.

Les électrodes seront en métal, et recouvertes d'une éponge épaisse ou d'un revêtement en peau de chamois. Elles auront de un à quatre pouces de diamètre. Les cheveux seront coupés ras et imbibés aux points de contact, ainsi que la peau et les électrodes, avec une solution de sel marin. On prendra soin que l'eau en découlant n'établisse aucune communication entre les deux pôles.

La machine électro-dynamique dont on se servira, devra être capable de produire une force électro-motrice de 3,000 volts au moins, et le courant employé variera entre 1,000 et 1,500 volts, suivant les individus. Les courants alternatifs se succéderont au nombre de 300 par seconde au minimum. Avec de pareilles secousses, durant de 15 à 20 secondes, la mort arrive infailliblement.

— La crémation. — Nous avons dit, dans le précédent numéro que trois fois seulement, à Paris, on a procédé officiellement à la crémation. Le Conseil d'Etat, ayant eu récemment à examiner les conditions relatives aux divers modes de sépulture, a arrêté, en ce qui concerne l'incinération, les dispositions suivantes, qui répondent d'avance aux objections adressées à cette pratique au nom des constatations judiciaires et de la médecine légale:

Aucun appareil crématoire ne sera mis en usage sans une autorisation du préfet, accordée après avis du conseil d'hygiène. Toute incinération devra être autorisée par l'officier de l'état civil sur le vu d'une demande de la famille, d'un certificat du médecin traitant, spécifiant que la mort est due à une cause naturelle, ou, à défaut, du procès-verbal d'une enquête confiée au médecin assermenté, enfin d'un rapport de ce dernier.

Un procès-verbal constatera la réception du corps et son incinération, et sera transmis à l'autorité municipale; les cendres ne pourront être déposées, même à titre provisoire, que dans des lieux de sépulture régulièrement établis, ni déplacées qu'en vertu d'une permission de l'autorité municipale; ces deux prescriptions ont pour but de prévenir les profanateurs.

Les insignes des étudiants. — A la suite de l'adoption du fameux béret par les garçons épiciers et autres, les étudiants ont décidé de porter un insigne distinctif à la boutonnière. Voici à titre de document quels sont les insignes médicaux:

Etudiant en médecine: Bouton mi-partie rouge et noir, avec une petite bande violette transversale, portant une tête de mort en métal blanc, vue de face.

Etudiant en médecine militaire: Bouton uniformément grenat, portant l'emblème du service de santé, un caducée brodé d'or.

Etudiant en pharmacie: Bouton uniformément vert portant l'emblème de la pharmacie, un arbre brodé d'argent, entouré d'un serpent brodé d'or.

Epidémies. — La fièvre jaune règne à Port-au-Prince (Haïti) d'une manière épidémique et plusieurs cas mortels de cette maladie auraient été constatés parmi le personnel des navires en rade et notamment parmi les marins de l'escadre américaine.

Au Brésil la maladie sévit de plus en plus. On a constaté à Rio 347 décès dans le mois de janvier, et le nombre s'est accru en février. On procède aux enterrements la nuit. Le gouvernement argentin a pris les mesures les plus rigoureuses contre les provenances du Brésil.

Conseil municipal. — A la dernière séance du Conseil municipal, M. Levraud a rapporté deux pétitions émanant, l'une

de Mlle Blanche Edwards et l'autre de Mlle Victorine Benoît, toutes deux docteurs en médecine, demandant à être chargées d'un service médical dans les écoles de la Ville. Ces deux pétitions sont renvoyées à l'administration, avec avis favorable.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un congrès international d'assistance publique se réunira à Paris du 28 juillet au 4 août 1889.

Le Comité d'organisation appelle particulièrement la discussion sur un certain nombre de questions indiquées ci-après. Pour chacune d'elles, un mémoire fixant l'état actuel de la science, rédigé sous la direction du Comité et par des rapporteurs spéciaux, sera adressé à tous les adhérents, au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Néanmoins d'autres questions intéressant l'assistance publique pourront être soumises aux délibérations du Congrès. Les auteurs seront tenus d'envoyer leurs mémoires au moins un mois à l'avance; le Comité d'organisation demeurera juge de l'opportunité de chacune de ces communications.

Le Congrès se composera de membres adhérents nationaux et étrangers; ils seront soumis à une cotisation de 20 francs, et auront droit à toutes les publications du Congrès.

Les dames pourront être membres du Congrès.

Toutes les publications adressées au Congrès seront réunies, cataloguées et tenues à la disposition de ses membres.

Les adhésions devront être adressées à M. le Dr Thulié, secrétaire général, boulevard Beauséjour, 31, Paris.

Voici les membres du bureau du Comité d'organisation.

M. Roussel, président.

MM. Bourneville, Chautemps, Monod, directeur de l'Assistance publique en France, vice-présidents.

M. Thulié, secrétaire général.

MM. Dreyfus-Brisac, Muteau, Rollet, Tessier du Cros, secrétaires.

M. Gaufrès, trésorier.

Questions posées par le Comité d'organisation.

I. Dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle avoir un caractère obligatoire? Résultats obtenus dans les pays où l'obligation existe. Rapporteur : M. Regnard.

II. De l'organisation méthodique de la bienfaisance : Etude des systèmes divers fondés sur les deux principes suivants : 1° faire précéder toute délivrance de secours d'une enquête sur la situation matérielle et morale du solliciteur (Charity organisation Societies, bureaux spéciaux d'enquête, etc.) : 2° n'accorder aux indigents valides que des secours efficaces, c'est-à-dire facilitant aux malheureux les moyens d'arriver à se subvenir à eux-mêmes par le travail (coopération des sociétés, des personnes bienfaisantes et des administrations d'assistance publique ; organisation des visites à domicile, etc. Rapporteur : M. Teissier du Cros.

III. Des modes de placement des enfants qui sont à la charge des administrations publiques, et des moyens pris ou à prendre pour assurer leur mise en valeur physique, intellectuelle et morale. Rapporteur : M. Rollet.

IV. De l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Rapporteurs : MM. Th. Roussel et Dreyfus-Brisac.

INTERDICTION DE LA MÉDECINE CIVILE AUX OFFICIERS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets maritimes :

« Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon.

« Je vous prie de tenir strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation ».

« Vous voudrez bien, en outre, faire connaître aux médecins de la marine du port de Toulon que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement.»

— Le gouvernement italien a demandé au gouvernement français d'établir, d'un commun accord, un régime au sujet de l'exercice de la médecine sur les frontières des deux pays.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion des fêtes de Pâques, les cours de la Faculté vaqueront du dimanche 14 au dimanche 28 avril 1889. Les cours et conférences reprendront le lundi 29 avril.

Pendant les vacances, les bureaux du secrétariat de la Faculté seront fermés du vendredi 19 avril au mercredi suivant 24 avril inclusivement.

***

Faculté de médecine de Nancy. — La liste de présentation pour la chaire de botanique déclarée vacante a été dressée ainsi qu'il suit : *en première ligne*, M. Macé (de Nancy); *en deuxième ligne*, M. Beauvisage (de Lyon).

— Par décret du 16 avril 1889, M. Demange, agrégé, est nommé professeur [de médecine légale à la Faculté de médecine] de Nancy.

M. A. Stroup est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, des fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Froelich, démissionnaire.

M. E. Chamhelland est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, aide d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Zilgien, appelé aux fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Fistié est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de directeur du laboratoire des cliniques.

— La ville de Nancy est autorisée à emprunter une somme de 500,000 fr. pour l'établissement d'un Institut anatomique et d'un Institut chimique.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Escat est nommé prosecteur, en remplacement de M. Picou, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Angers. — Par décret, en date du 16 avril 1889, il est créé une chaire de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, à partir du 1er novembre 1889.

Ecole de médecine de Limoges. — Par arrêté en date du 10 avril, un concours s'ouvrira le 4 novembre 1889, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Les séances du concours sont suspendues du 14 au 28 avril 1889.

***

Congrès allemand de médecine publique. — Le quinzième Congrès allemand de médecine publique, se tiendra à Strasbourg du 14 au 17 septembre prochain.

***

— Nous avons le plaisir d'annoncer que notre excellent collaborateur M. le Dr Max Durand-Fardel vient d'être élu membre de l'Académie royale des sciences de Lisbonne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Behague. Etude sur les paralysies alcooliques.

M. Potier. Traitement de la surdité consécutive à l'otite purulente.

M. Peraine. Des endométrites infectieuses, rôle des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes.

M. Dubois. Causes de la mort pendant l'opération de la trachéotomie.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles, par Ed. Thévenin, revu par H. de Varigny, docteur ès sciences, 1 fort volume in-18 de 630 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné à l'anglaise, 5 francs (Félix Alcan, éditeur).

Tous les termes se rapportant aux sciences suivantes y sont expliqués succinctement : *physique, chimie* (avec les formules des corps composés), *botanique, zoologie, géologie, minéralogie, agriculture, mathématiques, astronomie, médecine, physiologie, biologie, pharmacie, chirurgie, art vétérinaire*, etc. Ce livre comble une lacune dans les bibliothèques des personnes qui ne peuvent acheter les grands dictionnaires. Il sera utile à tous ceux qui s'intéressent aux sciences, à ceux qui, lisant des ouvrages et des journaux scientifiques ou des comptes rendus de sociétés savantes, peuvent être arrêtés à chaque instant par des termes techniques dont l'explication ne se trouve pas dans nos lexiques français. Il rendra également les plus grands services aux étrangers, les dictionnaires en deux langues ne contenant pas en général l'explication des mots scientifiques.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 AVRIL 1889.

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 4. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 12.—Diphtérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses, 34. — Autres, 7. — Méningite, 34. —Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44 —Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10.—Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 32. — Bronchite chronique, 49. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 61. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 6 —Biberon, 36. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonites puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 29. — Suicides, 24.— Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 175.—Causes inconnues, 15.—Total : 1010.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

60e Année. 7e Série. Tome VI. N° 17 27 Avril 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.)

CLINIQUE MÉDICALE

Des décharges précritiques dans les maladies aigues, par Albert Robin, membre de l'Académie de médecine (1).

Dans une récente communication au mérite et à l'intérêt de laquelle je tiens à rendre hommage, MM. Roger et Gaume croient pouvoir s'attribuer la découverte des décharges de poisons précédant les phénomènes critiques, dans les maladies fébriles et particulièrement dans la pneumonie. Or, il s'agit là d'une question que j'ai posée, que je crois avoir résolue depuis 1877, et qui a fait, depuis lors, l'objet de nombreuses communications.

Aussi, pour bien établir mes droits de priorité, je demande à la Société de biologie la permission de lui rappeler les faits sur lesquels je me suis appuyé pour établir cette doctrine, alors nouvelle, des crises, doctrine qui fut, d'ailleurs, vivement combattue lorsque j'en fis l'exposition pour la première fois.

J'ai démontré, en effet, que, dans la fièvre typhoïde, il y avait rétention dans l'organisme de produits toxiques, qu'il existait un rapport entre cette rétention et la gravité de la maladie, enfin que la défervescence et même la convalescence étaient subordonnées, pour la plus grande partie, à de véritables décharges de produits toxiques.

La réalité de la rétention a été prouvée par les faits suivants :

1° Les matériaux extractifs existent dans le sang dans une proportion d'autant plus grande que la maladie est plus grave. Dans les formes bénignes, la quantité de ces matériaux extractifs trouvée dans le sang est toujours plus grande qu'à l'état normal.

2° La diminution des extractifs urinaires coïncide avec une augmentation des extractifs du sang et une aggravation de la maladie.

Quant à la subordination des phénomènes critiques aux décharges urinaires, je l'ai appuyée sur des faits aussi nombreux que démonstratifs.

1° Les éliminations urinaires suivent une marche ascendante, si l'on considère individuellement chacune des périodes de la maladie, en ce sens qu'un typhique qui excrète 50 grammes en moyenne pendant la période d'état, élimine 56 gr. 50 pendant la défervescence et 60 gr. 13 pendant la convalescence. Les éliminations ascendantes appuient déjà la relation qui subordonne ces deux périodes à la décharge des matériaux retenus pendant la première.

2° Tout phénomène ayant un caractère critique s'accompagne de l'élimination par l'urine d'un excès de matériaux solides. Quand l'on veut savoir si les sueurs qui surviennent pendant la période

(1) Communication faite à la Société de biologie.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

(Suite) (1)

Par même décret présidentiel du 20 février, un médecin adjoint des hôpitaux du Havre est promu major de 2e classe et un égal médecin adjoint des hôpitaux du Havre, est promu aide-major de 1re classe. Il y a des vertus inégales dans cette adjonction, qui donne 3 galons ou 2 galons, et bien que ceci se passe en terre normande où les *distingo* sont particulièrement subtils, les causes adéquates de ces promotions inégales laissent perplexe le simple lecteur que je suis.

Ce n'est pas tout. Par décision du 4 mars 1889, un aide-major de 2e classe qui a le numéro 1.230 passe de 1re classe avec 4 ans de grade pendant que presque tous les autres, promus en même temps, varient du n° 259 à 594 et ont vers 10 ans de grade.

Pendant surtout que les plus anciens qui, eux, ne passent pas du tout, demeurant aide-majors de 2e classe à vie, jouissent — si l'on peut s'exprimer ainsi — de douze ans de grade révolus, leur nomination remontant à 1876.

Il y a sans doute des raisons, il y en a toujours. Cependant il nous paraît qu'un peu plus de lumière serait nécessaire sur ces enjambements en saut périlleux de 594 et surtout de 1.230 rangs.

Je sais bien qu'il y a les notes données pendant les appels de 13 jours et les propositions qui découlent d'un peu court de ce défilé, mais ce classement du « tout à treize » semble superficiel.

III

Il y a mieux à faire.

Comme tout le monde ne peut, en dehors d'autres, par simple raison géographique, escalader les sommets de l'agrégation ou de la clinique que la nature a refusé aux simples arrondissements, comme du reste les « choisis » par le plus humainement éclairé des choix, l'épreuve en plein soleil, ne peuvent suffire à recruter

(1) Voir les numéros 14 et 15.

d'état, sont des sueurs indifférentes ou des sueurs critiques, on n'a qu'à mesurer la quantité de l'urine et à doser les matériaux solides. Si les sueurs sont indifférentes, les matériaux solides et la quantité d'urine diminuent; si, au contraire, les sueurs sont critiques, ils augmentent très sensiblement, malgré la déperdition parallèle qui s'est effectuée par la peau.

3° Les premiers signes thermiques de la défervescence sont précédés dans 35 p. 100 des cas par une augmentation dans l'élimination des matériaux solides qui précède ces signes de 24 heures. Dans 23 p. 100 des cas, cette élimination augmentée continue pendant le premier jour de la défervescence. Dans 24 p. 100 des cas, elle précède la défervescence de 48 à 72 heures. Elle ne manque que dans 18 p. 100 des cas : sur ces derniers chiffres, 6 p. 100 appartiennent à des rechutes bénignes survenues à la suite de fièvres bénignes elles-mêmes, 8 p. 100 à des formes très légères et 4 p. 100 à des formes moyennes. Si, au lieu de considérer 100 cas de fièvre typhoïde pris en bloc, on ne prend que les cas graves, j'ai démontré que les décharges, auxquelles j'ai donné le nom de *précritiques*, s'observent d'une manière pour ainsi dire constante.

En dehors de leur valeur au point de vue de la physiologie pathologique des crises, l'existence de ces décharges précritiques peut être cliniquement utilisée, et elle acquiert une considérable importance pronostique, puisqu'elles précèdent souvent de un à plusieurs jours les premiers signes classiques de la défervescence.

4° L'avortement plus ou moins subit d'une fièvre typhoïde débutant avec des phénomènes plus ou moins graves est la conséquence de l'élimination brusque des déchets de la désintégration organique, avec cette réserve toutefois que le processus de désintégration ne poursuive pas son œuvre. J'ai donné plusieurs preuves de ce fait qui éclaire d'un jour tout nouveau *la pathogénie des pyrexies abortives*.

5° Il existe des décharges précritiques de la convalescence, puisque dans 75 p. 100 des fièvres typhoïdes, la quantité des déchets éliminés augmente vingt-quatre heures environ avant que les températures du matin et du soir s'abaissent au-dessous de 38°.

6° L'élimination de la créatinine n'atteint son maximum que vers la troisième ou la quatrième semaine de la maladie. Ce maximum a souvent lieu au moment même de la disparition des symptômes graves.

7° Les décharges s'opèrent aussi par d'autres voies que la voie rénale, mais toujours concurremment avec celle-ci.

8° Dans les fièvres à réversion, la proportion des déchets éliminés ne suit pas, aux diverses périodes, la marche progressivement ascendante qui caractérise les autres formes de la fièvre typhoïde. Il semblerait donc que l'excrétion a été imparfaite pendant la première atteinte, et je vois, dans cette évolution anormale, l'un des éléments de la rechute.

9° L'influence critique de certaines hémorrhagies intestinales et quelquefois des épistaxis abondantes me paraît relever aussi d'une brusque élimination des poisons retenus dans le système circulatoire.

Je n'ai pas localisé mes recherches à la fièvre typhoïde : je les ai étendues à la plupart des maladies qui peuvent, dans le cours de leur évolution, prendre les caractères d'une maladie typhoïde. Alors, avec une destruction au moins aussi intense que dans les formes franches, l'élimination est diminuée : dans la pneumonie, dans la grippe grave, dans le rhumatisme à allures typhoïdes, il y a rétention dans les tissus des déchets de leur activité.

Par conséquent, ce que l'on a dénommé « état typhoïde », cet élément jusqu'ici purement symptomatique qui pèse d'un tel poids dans le pronostic, peut être défini, d'après mes recherches, avec une absolue précision. L'état typhoïde est causé par la rétention dans l'organisme de déchets, matières extractives, leucomaïnes, ptomaïnes, dont l'élimination est retardée, soit à cause de l'excès même de leur quantité, soit par une insuffisance absolue ou relative des émonctoires. Ce n'est donc plus une simple manifestation symptomatique d'ordre purement fonctionnel; c'est, bien au contraire, l'expression extérieure d'une auto-intoxication, et l'on peut dire aujourd'hui que cet élément morbide possède sa lésion spécifique : cette lésion est une *lésion chimique*, à savoir la rétention des résidus d'une destruction augmentée avec oxydations relativement diminuée.

On peut donc, en pathologie générale, subordonner l'état typhoïde aux trois termes suivants : désintégration augmentée, oxydations relativement diminuées, rétention des déchets, quelle que soit la maladie protopathique que cet état typhoïde est venu compliquer.

Je n'insisterai pas sur l'étude des déchets organiques, sur les processus chimiques de la vie morbide qui leur donnent

---

les cadres des majors de 2e classe territoriaux qui ne sont que 290 par 2.722 aides-majors, tandis que pour suivre la proportionnalité des grades qui est celle des fonctions de l'armée active, ils devraient être 7 fois plus nombreux.

Ne pourrait-on, lors des concours d'aptitude nouveaux, en avril et mars, faire passer devant le même jury, à cette même époque de l'année où a lieu précisément le stage périodique, (et il y a 300 aides-majors territoriaux appelés en 1889) ceux de nos distingués camarades qui en appétit du 3e galon demanderaient ce jugement de Dieu.

Il faut dégager pareil programme de ce qu'il a d'indéterminé et de forcément flottant, mais il n'y a là rien qui excède le sens pratique du Directeur qui a ouvert l'avancement médico-territorial aux capacités, et qui sait mieux que personne qu'avec le service jusqu'à 45 ans, il y aurait 6.000 médecins territoriaux appelés quelquefois par fortune de guerre à des postes ou chefferies difficiles.

En tout état de cause, ces « avancés » on les aurait *vus* publiquement soumis à des « colles » et toises comparatives devant leurs camarades.

On aurait pour expliquer les franchissements de 594 et surtout 1.230 collègues, quelque chose de tangible, de constaté et de parlant plus clair que les notes des 13 jours et même l'avis du Directeur de corps d'armée qui semblent une perche plus courte pour de si hautes escalades.

***

Les Allemands, qui ont dû armer chevaliers 4.000 médecins en 1870, et qui en feront officiers, bien plus encore, n'ont garde de négliger leur *Berlaubtenstand*.

Ce sont gens pratiques; limitant en pères de famille le superflu, ils n'ont guère qu'environ 24 pharmaciens et à peu près 600 infirmiers d'exploitation. Pour l'entretien de l'hôpital on a recours, dans une large mesure, aux malades convalescents qui chez nous sont un peu délaissés dans une oisiveté mauvaise conseillère, alors que le travail progressif serait pour eux d'hygiène de transition.

On n'a guère à craindre le surmenage ou le maintien abusif à l'hôpital quand c'est le médecin-traitant qui dose l'un et l'autre.

**

naissance, sur les causes et les conditions de leur sortie ou de leur rétention : tous ces points ont été traités avec détails dans les publications diverses que je leur ai consacrées.

Ce que je tiens seulement à rappeler, c'est qu'ils m'ont conduit, pour ainsi dire, mathématiquement à instituer une thérapeutique rationnelle qui a déjà fait ses preuves au lit du malade et dont j'ai eu l'honneur d'exposer, en 1886, les résultats devant la Société de biologie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'épithélioma des cicatrices

par Armand Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon.

Les tumeurs malignes développées sur d'anciennes cicatrices sont loin d'être rares et, à quelques exceptions près, elles se réduisent à un seul type, l'épithélioma. Prewit (1) Jacobson (2) ont publié des cas de sarcomes développés sur des cicatrices, mais ce sont des faits isolés, et dans presque toutes les observations où l'on trouve mentionné un examen microscopique, on voit que le processus néoplasique a eu son point de départ dans le tissu épithélial.

Moins que tout autre, le tissu cicatriciel semblerait se prêter au développement d'une néoformation maligne. Sa structure fibreuse, sa vitalité obscure paraissent incompatibles avec l'activité de cause encore inconnue qui préside à la genèse d'une tumeur, et l'on pourrait s'étonner de le voir devenir un *locus minoris résistentiæ* de dégénérescence néoplasique. Il n'en n'est rien cependant et l'épithélioma s'y développe assez fréquemment. Mais il est à remarquer que le néoplasme fait pour ainsi dire une sélection entre les différentes espèces de cicatrices, et tandis qu'on le voit rarement se développer sur celles qui sont petites, protégées, souples, il s'attaque aux cicatrices anciennes, larges, adhérentes, et le plus souvent ulcérées. Nous laissons bien entendu de côté les cas où la tumeur récidive dans la cicatrice d'une opération chirurgicale. Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Poncet, un épithélioma développé sur la cicatrice d'un moignon d'amputation de jambe ; le cas nous a paru intéressant à étudier au point de vue du développement de la tumeur et surtout de son étiologie. Il nous a été également donné, dans le courant de notre internat, de rencontrer plusieurs cas analogues dans les services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce sont ces observations jointes à d'autres que nous devons à la bienveillance de M. le professeur Poncet qui font la base de notre travail. La question a été étudiée ces dernières années dans des monographies assez complètes, parmi lesquelles un mémoire de Bœgehold (1) où l'on en trouve un historique détaillé et plus récemment encore un travail de Duraud (2). Notre intention n'est pas de reprendre une description générale déjà faite, mais nous voudrions insister sur quelques points du traitement et surtout de l'étiologie des tumeurs épithéliales cicatricielles.

Le premier, Alibert (3) parle de tumeurs développées dans les cicatrices, il donne une description symptomatique exacte de la marche maligne de certaines d'entre elles.

Marjolin (4) les désigne sous le nom d'abcès muqueux.

La description de Hawkins (5) ressemble à celle de Marjolin : sans toutefois croire à une malignité véritable, cet auteur nie la généralisation, l'infection ganglionnaire, la récidive après une opération complète ; les malades, d'après lui, meurent de l'épuisement produit par une longue et abondante suppuration.

Les chirurgiens de cette époque, du reste, ne semblent pas s'être entendus sur la nature de ces tumeurs; si d'une part ils paraissent avoir pris pour des tumeurs malignes de vastes ulcères chez des individus cachectiques, d'autre part ils ont certainement méconnu la structure néoplasique de certaines végétations cicatricielles. En 1843, Gimelle (6) présentait à l'Académie de médecine un malade porteur de cicatrices végétantes récidivées après une opération complète faite un an auparavant : il concluait néanmoins avec Desportes à leur bénignité. Velpeau, par contre, fit remarquer leur analogie avec le tissu cancéreux.

(1) Trans. of the Americ. Surg. assoc., II, p. 491, 1886.
(2) Arch. für Klin. Chirurg., XXX, p. 39.

(1) Arch. für path. anat., vol. 83, p. 229, 1882.
(2) Th. de Paris, 1888.
(3) Descript. des maladies de la peau, 1814, p. 113.
(4) Dict. de médecine, t. XXI, 1828.
(5) Gaz. med. de Londres, vol. 1, 1833 et Med. Chir. Trans., vol. 19, 1835.
(6) Bull. Acad. méd., 1842-43, t. VIII, p. 992.

Nos voisins ont ainsi devers eux 4.500 infirmiers de moins que nous, mais ils ont eu plus un aide de lazaret sous-officier par compagnie. Cette création avec les compagnies de 250 hommes paraît devoir s'imposer à la longue chez nous, au moins pour le bataillon.

Ces sous-officiers de santé seraient, en campagne, un aide moins scientifique mais autrement apte au commandement, à la mesure de la « carotte », à la discipline et au coup d'œil sur les infirmiers et brancardiers du bataillon, que le jeune médecin auxiliaire qui, du reste, ne serait lui-même pas de trop pour les 1.000 hommes d'effectif.

Ce sergent de santé serait réengagé tout comme les autres ; sa place paraît indiquée en guerre au *poste de secours* où il arrivera certainement des balles, et où il faudra « tenir » son monde.

En garnison, à l'infirmerie, il pourrait faire le menu, le mécanique du service, la baignade, la cible des retardataires ou petites fractions, la promenade des chevaux, les premiers secours de nuit en attendant le médecin; tout ce que ne sait qu'à demi notre médiocre caporal d'infirmerie, spécialiste bouclé en général dans ses fonctions pour cause de mérites négatifs.

Le sous-officier aide-major serait nommé après examen comme en Allemagne, ou en solderait facilement les 500 nécessaires à nos 500 bataillons sans aucune augmentation budgétaire en diminuant des 3/4 les infirmiers d'exploitation partout ailleurs qu'en 2 ou 3 postes malfamés de fièvre d'Algérie ou de Tunisie.

En quelques petits hôpitaux ces bien-portants sont aussi nombreux que les malades.

***

Pour le Tonkin, la Marine vient de créer des infirmiers coloniaux et nos pauvres obscurs combattants du choléra, sous les brûlantes paillotes en bambou des infirmeries-ambulances, vont rentrer non décorés après leurs 2 ans de tête à tête avec la mort, n'ayant connu que le revers de la médaille du Tonkin.

Ils seront difficiles à remplacer ces dévoués ; l'infirmier annamite de l'hôpital de Saïgon est souple, délicat, presque féminin, il naît panseur, « il a la main » mais cette main a quelquefois des prestidigitations dangereuses pour la propriété, c'est le seul défaut de ce presque parfait.

On ne trouvera que plus tard au Tonkin à recruter de ces

Robert W. Smith (1) se rallie aux idées de Marjolin et d'Hawkins, mais il admet que le développement du néoplasme ne se fait que longtemps après la cicatrisation complète. Dans ses observations, on trouve signalés l'envahissement du squelette par la tumeur, et l'infection ganglionnaire : un des cas fut suivi d'une récidive après amputation. Il paraît avoir eu affaire à des formes particulièrement malignes, car sur quatre opérés, trois moururent assez rapidement, et l'un d'une pneumonie d'allure bizarre ; il eût été intéressant de savoir s'il ne s'agissait pas là d'une généralisation viscérale.

L'infection ganglionnaire dans ce cas était très prononcée. Quant au traitement, Smith préfère, lorsque la tumeur siège aux membres, l'extirpation simple à l'amputation. Il conseille les caustiques, et surtout le chlorure de zinc.

L'examen microscopique des tumeurs extirpées pratiqué par le Dr Lyons ne renferme aucun détail intéressant ; la nature de l'épithélioma n'a pas été soupçonnée.

Dans une observation de Fearnside (2), nous retrouvons la même description d'abcès crateriformes, avec engorgement ganglionnaire. Le traitement par les caustiques (chlorure de zinc associé au gypse) a donné un résultat complet et durable. Mais comme nous le disions plus haut, il n'est rien moins prouvé que l'on se soit trouvé en présence d'un véritable épithélioma.

Le premier travail d'ensemble sur les tumeurs cicatricielles est dû à Follin (3) il les divise en :

1° Tumeurs fibro-cellulaires ;

2° Cancroïdes des cicatrices et des ulcères.

Il signale l'influence du tiraillement et des déchirures sur leur production, mais il nie leur nature cancéreuse, alors que l'une de ses observations relative à la dégénérescence d'un cautère du bras appliqué vingt ans auparavant par Dupuytren offre un cas typique d'épithélioma. Follin décrit d'une façon complète la structure papillaire de ces tumeurs, et leur début par des bourgeons charnus qui se recouvrent successivement de croûtes. Pour lui, contrairement à Marjolin, Hawkins, Smith l'affection s'étend surtout en surface et gagne peu en profondeur ; c'est ce qui ressort du reste de la plupart des observations publiées après son travail. Il conseille l'extirpation au bistouri. Dans un cas de Wehrher (1) l'amputation pratiquée pour un cancroïde développé sur une cicatrice de l'avant-bras et de la main, fut suivie de guérison. Cet auteur considère ces tumeurs à tendance maligne comme des cancers épidermiques : il les compare au cancer de l'utérus et à celui de la langue.

(1) Dublin med. Journal, mai 1850.
(2) Gaz. med. de Londres, sept. 1850.
(3) Gaz. des hôp., 1849, nos 75, 76, 78.

Macpherson (2) a observé des cas assez nombreux de dégénérescence cancroïdale des cicatrices chez les Bengalais : ces cicatrices étaient survenues à la suite de coups de fouet ou de brûlures au fer rouge.

La maladie, d'après lui, évolue en suivant quatre stades qui ne sont que les différentes étapes d'un cancroïde en processus d'ulcération.

Adelmann (3) a observé la dégénérescence cancéreuse des cicatrices de brûlure de l'avant-bras.

L'observation de Demarquay (4) est intéressante au point de vue de la malignité du néoplasme et de l'insuccès des tentatives opératoires successives.

En 1858, Berlet (5) publie une observation de cancroïde développé sur une cicatrice de brûlure.

Broca (6) a vu également la dégénérescence cancéreuse se produire au niveau d'un ulcère traumatique, et d'une ancienne écorchure presque toujours ulcérée.

Dans la thèse de Clément (Considérations sur le cancroïde des cicatrices. Th. Strasbourg, 1868) on ne trouve qu'une observation personnelle. Elle a trait à un épithélioma développé dans la cicatrice d'un foyer de nécrose osseuse. L'extirpation au bistouri fut suivie d'une guérison complète ; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire. L'examen microscopique démontra que l'on avait affaire à une tumeur épithéliale.

Dans la thèse de Rémond (Strasbourg, 1866) est cité le cas d'un homme atteint de dégénérescence cancroïdale d'un ulcère variqueux remontant à trente ans. L'extirpation, pratiquée par Bœckel, ne fut pas suivie de récidive.

Dans les bulletins de la Société des sciences médicales de

(1) Chirurgische Mittheilungen. Giessen, 1849.
(2) Gaz. med. de Londres, 1844, t. I, p. 346.
(3) Günsb. Zeitschr, 1858.
(4) Gaz. des hop., 1865, p. 83.
(5) Union médicale, 1856.
(6) Id., 1858 et Traité des tumeurs

« civilisés » polyglottes, peut-être dans les chrétientés des deux évêques français et espagnol qui ont chacun pour évêché une des rives du fleuve Rouge, prélatures où les promenades pastorales ne sont pas sans exiger quelque escorte.

En attendant, nos distingués confrères de la marine seront en butte à certaines difficultés d'improvisation qui ne sont pas pour embarrasser leur dévoument.

***

Il est vrai qu'ils ont la retraite à 25 ans de service, tandis que le nouveau projet de loi sur les retraites proportionnelles de l'armée de terre réserve ses bénéfices à tout le monde sauf aux médecins qu'il met étrangement hors la loi.

On nous traite en « suspects », on semble redouter non pas des retraites même en bon ordre, mais des débandades.

Cette exception du droit commun qui, du reste, comme tous les projets faits un peu vite, peut n'être reçue qu'à correction et amendements variés, ne semble décourager personne du travail.

Et le Val-de-Grâce moins que tout autre.

Le musée d'hygiène, le laboratoire de bactériologie, les nouveaux hangars pour voitures techniques, les facilités de pratique opératoire dispensées aux médecins de la garnison de Paris sont autant de progrès sur lesquels nous reviendrons et qui témoignent d'une Direction sachant pouvoir et vouloir l'initiative.

Dr CHASSAGNE.

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet des internes en médecine des Hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 mai, à sept heures et demie, dans les salons du Grand-Hôtel sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice) peut-être remis dans les Hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

Lyon (1) nous trouvons cités de nombreux cas d'épithéliomas cicatriciels dont malheureusement les observations sont incomplètes. M. Aubert a vu deux anciens cautères de la région deltoïdienne devenus épithéliomateux. Dans un cas, il a pratiqué l'amputation. MM. Mollière et Laroyenne ont observé des cas analogues.

Une observation de Marcus (2) à trait à la transformation cancéreuse d'une ancienne cicatrice de brûlure siégeant à la partie inférieure de la cuisse, dans la région sus-rotulienne, cicatrice extrêmement tiraillée et ulcérée depuis longtemps. La malade était âgée de 23 ans, on fit d'abord le râclage de la tumeur que l'examen microscopique révéla être un carcinome épithélial, puis à la suite d'une récidive presque immédiate, Lücke fit l'amputation de la cuisse: il y ent guérison durable.

La thèse de Jauzion (3) renferme douze observations d'épithéliomas cicatriciels dont deux seulement lui sont personnelles et ont été recueillies dans le service de Demarquay. Presque tous les cas cites se rapportent à d'anciens cautères du bras ou à de vieux ulcères de jambe. Le premier, Jauzion étudie d'une façon générale l'anatomie pathologique de ces tumeurs qu'il déclare être des épithéliomas; il cherche ensuite à élucider leur pathogénie, mais il ne fait que reprendre l'étude de la genèse des épithéliomas d'origine cutanée.

En 1887, M. Bard présente à la Société des sciences médicales de Lyon des pièces anatomiques relatives à un cancroïde du bras développé sur un ancien cautère. La lésion n'occupait que la peau et ne franchissait pas l'aponévrose.

En 1882 Bœgehold (4) de Berlin, publie dans les Archives de Virchow un travail où il étudie successivement toutes les observations parues. Il a observé lui-même trois malades atteints de néoplasmes cicatriciels. Chez deux d'entre eux, une ulcération préexistait dès longtemps à l'apparition de la tumeur. Chez le troisième, le rôle du traumatisme était avéré.

Pour Bœgehold ces tumeurs sont toujours des carcinomes épithéliaux. Pour ce qui est de la pathogénie de l'affection, il passe en revue les diverses théories données pour expliquer le mode de développement du cancer : il paraît se rattacher à celle de Wirchow: « irritation locale et diathèse ». Il signale la possibilité du point de départ dans le tissu granulé (?) de la cicatrice.

Depuis, un certain nombre d'observations ont été publiées en Angleterre par Bryant (5) et par Lawson (6). Elles sont relatives à la transformation cancéreuse d'ulcères de jambe, de lupus, de foyers de nécrose osseuse, et de cicatrices ulcérées. Citons encore une observation de Humbert (7) qui a trait à une cicatrice du pouce fortement tiraillée.

Au congrès d'Alger (1881), (8) M. le professeur Poncet fait une communication sur l'épithélioma intra-périnéal consécutif à d'anciennes fistules urinaires, sans cesse irritées par le passage de l'urine. Pour lui le point de départ n'est pas dans la muqueuse, mais bien dans la peau, dans les tissus voisins, chroniquement irrités. Il assimile cliniquement cette forme aux épithéliomas intra-osseux, développés dans des fistules osseuses et des foyers de nécrose, dont il a eu occasion d'observer plusieurs cas. Pour la première fois il appelle l'attention sur cette variété de cancroïdes intra-périnéaux.

Au congrès de Grenoble (1885), M. A. Petit revient sur cette question et décrit l'épithélioma consécutif à des fistules urinaires périnéales.

P. Barbez et A. Demars ont également publié des observations intéressantes.

En 1887 paraît la thèse de Kindler (1) basée sur un cas de cancer cicatriciel. La cicatrice, quoique tiraillée ne s'était jamais ulcérée avant l'apparition de la tumeur. La description répond à celle que nous avons déjà vue signalée dans toutes les observations récentes. Kindler fait rentrer dans son étude les sarcomes développées au niveau des cicatrices et cite plusieurs cas de Bennet, Bruns, Wolff; il rapporte également trois cas de cancers épithéliaux développés sur de vieux foyers de nécrose du tibia, observés par Thiersch. Il conseille d'employer à la suite des opérations que l'on pratique en pareil cas, la greffe dermo-épidermique qui obtint un succès dans l'observation rapportée dans sa thèse.

En mai 1888, M. Durand (2) fait une étude complète de l'épithélioma pavimenteux cicatriciel, à propos d'une observation recueillie dans le service de M. Quénu. Son travail très complet, est une analyse soignée de tous les cas publiés, mais il s'occupe surtout de l'épithélioma survenant sur une cicatrice non ulcérée.

En 1888 paraît une leçon clinique de M. D. Mollière, (3) chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle il expose ses idées sur la nature des cancroïdes cicatriciels. D'après lui, l'épithélioma se développerait dans l'épaisseur même du tissu cicatriciel, et se montrerait le plus souvent d'une extrême malignité; il constituerait une tumeur locale tant qu'il n'aurait pas dépassé les limites de la cicatrice même; M. Mollière indique un traitement préventif du tiraillement de la cicatrice, sur lequel nous aurons à revenir plus loin.

Il paraît rationnel de diviser les épithéliomes cicatriciels en deux classes, suivant qu'ils surviennent dans l'épaisseur d'un tissu cicatriciel proprement dit, ou suivant qu'ils prennent naissance au milieu d'un tissu bourgeonnant, tendant d'une façon plus ou moins active à la réparation. Si on relève les observations publiées jusqu'à ce jour, et si on les range dans ces deux classes, on voit que leur répartition donne des chiffres inégaux. Presque dans toutes celles où l'on trouve des renseignements détaillés sur l'état antérieur de la cicatrice, on mentionne que celle-ci était ulcérée depuis longtemps. En examinant celles qui sont citées dans notre travail, on arrive au chiffre de 8 cas d'épithéliomes développés dans du tissu cicatriciel vrai, et de 33 cas où la tumeur a pris souche soit dans des cicatrices ulcérées (12) soit dans des cautères ulcérés (12) soit dans des ulcères de jambe (6) soit enfin dans des foyers de nécrose osseuse (3). On pourrait encore faire rentrer dans cette énumération les cas où l'épithélioma a succédé à une lésion ulcéreuse de nature spécifique, le lupus par exemple. M. Raymond, dans un travail sur la transformation épithéliomateuse du lupus vulgaire en évolution (4) en cite d'assez nombreuses observations, dues à Lang, Thomas, Kaposi, Lewin, Vidal, Lallier, Péan, W. Smith, Schülz, Bidault, Winteruitz, etc. Toute notion de spécificité étant mise à part, ces cas paraissent de nature à pouvoir être rapprochés de ceux que nous citions plus haut. Il s'agit là de lésions épithé-

(1) Lyon médical, 15 octobre 1856.
(2) Deustche Zeitschrift f. Chir. VII, nos 5 et 6, 1876.
(3) De l'épithélioma des cicatrices. Th. Paris, 1876.
(4) Loc. cit.
(5) The Lancet, 1882, p. 350 et id., 23 fib., 1884, p. 341.
(6) The Lancet, 1883, t. I, p. 1001.
(7) Gaz. des hôp., 8 janvier 1884.
(8) Association pour l'avancement des sciences.

(1) Th. Greiffswald, 1887.
(2) Th. Paris, 1888.
(3) Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1888.
(4) P. Raymond. Arch. de dermatol., 1887, p. 157 et 254.

liomateuses, évoluant sur une ulcération qui tend plus ou moins à la réparation.

Toute cicatrice ulcérée peut être considérée comme une plaie, que des conditions presque toujours les mêmes, empêchent d'arriver à la cicatrisation, mais qui n'en travaille pas moins dans ce sens. Les tissus présentent, en général, d'autant plus de tendance à évoluer vers un processus malin, qu'ils ont une prolifération physiologique plus intense. Plus l'activité développée par un groupe de cellules sera grande, plus la tumeur sera maligne. C'est ce qui explique la fréquence des tumeurs épithéliales à tendance envahissante dans le tissu glandulaire et dans le tissu épidermique. Ceci paraît à bon droit applicable à des tissus en voie de remaniement, tels que ceux d'une cicatrice ulcérée : c'est l'opinion de M. le professeur agrégé Bard. Cette notion domine en réalité toute l'étiologie des tumeurs malignes des cicatrices.

Dans les plaies résultant de l'application prolongée d'un cautère qui a suppuré pendant longtemps, comme dans bon nombre d'observations, dans celles qui proviennent d'une ancienne brûlure sur laquelle la cicatrisation ne peut s'achever à cause d'un tiraillement continuel, dans les ulcérations produites sur des cicatrices de moignons coniques comme nous en rapportons un exemple, les conditions sont toujours les mêmes. Le travail d'épidermisation est arrêté par des traumatisme, des frottements répétés, et les bourgeons plus ou moins normaux que l'on trouve sur la plaie prolifèrent sans cesse sans arriver à parcourir les dernières étapes de leur processus physiologique, c'est-à-dire à la formation de tissu cicatriciel proprement dit. Moritz Kaposi (1) admet ce mode de développement du cancer : « Le cancer peut se développer sur des plaies bourgeonnantes quand par des troubles locaux ou mécaniques de la nutrition, la régénération de l'épiderme normal se trouve ralentie ou empêchée (ulcère des extrémités, lupus). Il se forme d'abord des cônes épithéliaux atypiques et ensuite des globes cancroïdaux. »

Par suite d'un travail incessant et sans résultat, rien d'impossible à ce que l'on observe une déviation de la nutrition dans les cellules épithéliales en voie de prolifération. Qu'une seule cellule mal conformée échappe à la direction inconnue qui préside au mécanisme de son développement et il se produit une prolifération atypique, qui envahit de proche en proche les surfaces bourgeonnantes.

(A suivre).

ORTHOPEDIE

TECHNIQUE DES CORSETS ORTHOPÉDIQUES, par le Pr REDARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Les traités d'orthopédie contiennent une description longue et variée des corsets ou ceintures destinés à redresser et à soutenir le rachis.

Un grand nombre de fabricants se sont ingéniés à construire des modèles plus ou moins compliqués. Des critiques ont été adressées à quelques-uns de ces corsets que l'on a accusés d'être peu efficaces, souvent construits d'une façon empirique, composés pour la plupart de pièces métalliques pesantes, aggravant les difformités et d'un prix très élevé.

Nous ne voulons pas examiner aujourd'hui la valeur de ces appareils et voir si quelques modèles *redressent* réellement le rachis déformé ou ne jouent que le rôle de *soutien*. Nous désirons attirer l'attention sur les services que rendent les corsets faits par le chirurgien lui-même sans le secours d'aucun fabricant spécial, en province, à la campagne ; corsets pouvant être renouvelés fréquemment à mesure que le sujet grandit et que les difformités se modifient, n'exigeant pas de connaissance spéciale et d'un prix excessivement modique.

A l'exemple d'un grand nombre d'orthopédistes français et étrangers, nous avons adopté depuis plusieurs années dans notre pratique hospitalière ces corsets extrêmement simples et de construction facile.

Nous publierons plus tard les indications spéciales et les résultats cliniques que nos divers modèles nous ont donnés. — Dans la clientèle privée, ces corsets rendent aussi les plus grands services, un corset pour être efficace n'ayant pas besoin d'être compliqué avec des armatures, des béquillons, etc. La complication en semblable matière est au contraire, à notre avis, extrêmement nuisible et nous avons malheureusement vu trop souvent des enfants atteints de difformités graves de la colonne vertébrale porteurs de corsets lourds, pesants, très coûteux, véritables appareils de torture qui étaient la cause certaine d'aggravation du mal.

La technique des corsets que nous recommandons a une grande importance et c'est pour ne pas avoir suivi certaines règles que l'on a attribué à quelques-uns d'entre eux des inconvénients graves. Une pratique défectueuse, l'oubli de quelques précepte important, un manque d'attention sont la cause d'accidents sérieux.

Nous désirons indiquer la façon pratique que nous avons adoptée pour la confection des corsets en plâtre, en feutre, en gutta-percha, en silicate de potasse. Nous rappelons un certain nombre de règles élémentaires et connues, mais qui sont néanmoins d'une très grande importance.

I. — *Corset plâtré.* Après avoir appliqué, au début de notre pratique, pendant un certain temps, le corset plâtré suivant les indications primitives de Sayre, nous étions peu partisan de cet appareil.

A la suite d'un voyage à New-York, nous avons suivi la pratique de Sayre, légèrement modifiée, pour l'application de ses corsets, et nous avons appliqué, sous la direction de cet orthopédiste, plusieurs corsets plâtrés. Sayre a pu facilement nous convaincre que les reproches adressés à sa méthode tiennent à une technique défectueuse et à l'oubli de quelque règle importante.

Rappelons quelques-unes des règles qui permettent d'obtenir des corsets efficaces et sans inconvénients.

La suspension doit se faire lentement, graduellement en habituant quelques jours à l'avance le sujet. *Elle ne doit jamais être complète, la pointe des pieds devant toujours reposer sur le sol.* Le collier doit embrasser très exactement l'occiput et le menton. Dans l'application de très nombreux corsets nous n'avons jamais eu le moindre accident tenant à la suspension.

Le maillot doit être construit d'une façon spéciale, en tissu fin élastique avec des bretelles mobiles d'une longueur double de celle du tronc, une partie de ce maillot devant se replier et recouvrir la face externe du corset.

Il faut protéger avec grand soin les hanches et les parties saillantes de la difformité. Nous nous servons avec avantage de feutre blanc que l'on peut diminuer d'épaisseur et creuser suivant le besoin. Deux plaques de feutre peu épaisses sont disposées sur les parties saillantes des hanches. Un morceau de feutre est disposé au niveau des saillies de telle sorte que les parties voisines de la difformité soient situées sur un plan plus

(1) Moritz Kaposi. Traité des maladies de la peau, p. 329.

élevé que cette dernière, de façon que la pression soit transmises aux parties adjacentes et non aux vertèbres et aux côtes saillantes.

Le feutre n'a pas besoin de présenter un face adhérente. On place quelques compresses au niveau de l'abdomen, moins épaisses à la partie inférieure; les mamelles chez la femme sont protégées par une sorte de petite cuirasse en baleine (faux appas). Chez les garçons, on peut se servir d'une serviette fine et peu épaisse que l'on fait remonter un peu du côté de la poitrine.

Une plaque de zinc, peu épaisse, large de 4 centimètres environ et longue de 50 à 60 centimètres, est placée sous le maillot à la partie médiane du thorax et de l'abdomen. Cette pièce servira a couper très rapidement et très facilement, en protégeant la peau, les corsets plâtrés que l'on veut rendre amovibles.

Les bandes en tarlatane non gommée, à mailles fines, de six mètres de longueur et large de 6 à 8 centimetres, doivent être imprégnées en *petite quantité* d'un plâtre très fin, (plâtre à mouler), *non éventé*.

On ne se sert de ces bandes que lorsque les bulles qui se forment dans l'eau tiède où elles sont placées ont cessé de se produire. On doit exprimer avec grand soin, avant l'application, l'eau qu'elles contiennent en excès. Pendant l'application de la première bande, la deuxième doit être placée dans l'eau tiède et ainsi de suite.

On commence l'application des bandes par la partie moyenne du thorax jusqu'au dessous de la crete iliaque, chaque tour de bande recouvrant les 2|3 de la circulaire supérieure.

Il ne faut *presser* que très modérément, surtout au niveau des saillies et du ventre; la pratique indique vite le degré de force que l'on doit développer. On doit applique et *maintenir* très exactement les bandes au niveau des creux, des dépressions, à l'aide de renversés, on peut mouler les hanches du sujet et dessiner très exactement la taille sans pression nuisible.

Le nombre des bandes à employer ne doit pas être trop élevé 3 pour un enfant de quatre à six ans, 6 à 8 pour un sujet de seize ans, sous peine d'alourdir le corset. Il faut faire des corsets très légers et néanmoins solides.

L'addition de lamelles métalliques dans le but de consolider l'appareil est inutile et nuisible.

C'est à notre avis une mauvaise pratique que d'appliquer de la bouillie de plâtre sur le corset terminé.

On peut adapter à ce corset des pièces accessoires: mat de fortune (jury mast) pour soutenir la tête, des anneaux destinés à recevoir des liens en caoutchouc permettant le redressement du tronc dans le cas d'inclinaison.

Le corset durci, à l'aide d'un canif ou d'une serpe très tranchante on coupe hardiment sur la partie moyenne jusqu'à la bande en zinc, placée ainsi que nous l'avons indiqué.

Suivant la pratique actuelle de Sayre, nous faisons presque tous nos corsets amovibles. Dans tous les cas de scoliose, les corsets sont amovibles; dans quelques cas extrêmement rares de mal de Pott, le corset doit être inamovible. Par cette pratique on évite un certain nombre d'accidents, et contrairement à ce qu'on a prétendu, nous avons pu nous convaincre que de semblables corsets donnent une immobilité et un redressement très suffisants.

Le corset doit descendre au-dessous des épines iliaques antérieures et supérieures, emboîtant très exactement le bassin, tout en permettant au sujet de s'asseoir, de se baisser; il doit remonter un peu au-dessus de la pointe des omoplates, ou même plus bas dans certains cas de scoliose (Lorenz), n'exerçant aucune pression au niveau des aisselles convenablement échancrées, au niveau de la partie antérieure du thorax,

La garniture doit être extrêmement simple, il suffit de recouvrir la face externe du corset avec la partie du maillot libre. Au niveau de la section les bords du corset sont garnis de peau et l'on fixe de chaque côté une bande de cuir avec des œillets. Les rebords du corset, surtout au niveau des hanches, peuvent être garnis avec une feuille très mince de feutre.

Si l'on suit exactement les règles que nous venons de tracer, on obtient des corsets très légers, flexibles, élastiques, durables et d'un prix très peu élevé. La pression au niveau de l'abdomen, des saillies, du thorax ne cause aucune gêne et ne donne jamais d'eschares. Les corsets plâtrés, même amovibles bien plus que les corsets qu'il nous reste a décrire, assurent le repos des parties lésées; la pression portant sur toute la surface du thorax, ils agissent à la façon d'une cuirasse, immobilisent, redressent le thorax et la colonne vertébrale.

II. *Corsets en feutre.* — Dans un certain nombre de cas, nous avons retiré les plus grands avantages des corsets faits avec du feutre dit poroplastique, fabriqué surtout en Angleterre et en Italie. On peut préparer soi-même le feutre en l'imprégnant d'une solution composée de colophane, de paraffine, d'acide phénique et d'huile de ricin. On ramollit ce feutre au moment de l'application en le trempant dans de l'eau bouillante ou mieux en l'exposant à de la vapeur humide. On peut alors le mouler sur le thorax et les parties déformées; il est préférable cependant d'employer un négatif en platre préalablement obtenu sur le sujet, l'application est beaucoup plus facile et l'on n'a pas à craindre de brûlures de la peau.

Pour le rendre solide et extrêmement dur il suffit d'attendre quelques instants et de passer à sa surface une éponge imprégnée d'eau froide.

On peut appliquer sur ces corsets des branches en métal, des béquillons, mais cette complication nous paraît inutile, elle ne donne pas de sérieux avantages et élève très notablement le prix de l'appareil.

Des trous pratiqués à la surface dans le but de faciliter la transpiration ne servent qu'à affaiblir l'appareil.

III. *Corsets en gutta-percha.* — Les corsets en gutta-percha que nous recommandons prouvent les services que cette substance peut rendre dans la confection de certains appareils orthopédiques.

L'application est la même que pour les corsets en feutre. Le prix de ces corsets est très peu élevé.

IV. *Corsets en silicate de potasse.* — Nous nous sommes très souvent servi des corsets en silicate de potasse recommandé par le Dr Cazin. Ces corsets se moulent assez exactement sur les difformités et sont de très bons appareils de soutien à une certaine période du mal de Pott.

On peut pour les consolider employer le carton ou de petites planchettes de bois. La toile métallique nous paraît de beaucoup supérieure. La toile métallique que nous employons est à mailles serrées de trois millimètres carrés environ, assez flexible. Il faut le mouler *très exactement* sur la difformité. On peut avec avantage se servir de deux plaques métalliques, l'une pour la face antérieure, l'autre pour la face postérieure du tronc que l'on réunit ensuite avec des bandes imprégnées de silicate de potasse moyennement serrées. Il faut ajouter une petite quantité d'alcool au silicate afin d'obtenir une dessication rapide.

On échancre les aisselles et ont garnit avec soin la partie interne de peau. Lorsque le corset doit être amovible, on place

des œillets an niveau des rebords de la section médiane et antérieure.

On peut de cette façon obtenir des corsets très ntiles.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE.

I. — RECHERCHES QUANTITATIVES SUR L'ABSORPTION ET L'ÉLIMINATION DU MERCURE, par le Dr WINTERNITZ *Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.* T. XXV, fasc. 3 et 4, p. 225, 1889.

II. — UN CAS D'INTOXICATION MERCURIELLE CONSÉCUTIVE A DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CALOMEL, AVEC TERMINAISON FATALE, par le prof. RUNEBERG. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889 n° 1, p. 4.

III. — MORT SUBITE A LA SUITE D'UNE INJECTION DE COCAÏNE DANS L'URÈTHRE, par le Dr SIMES, de Philadelphie. *Medical News*, 1888 n° 21, et *Centralblatt für Chirurgie*, 1389, n° 5.

IV. — LA CURE PAR LES POMMES DE TERRE DANS LES CAS DE CORPS ÉTRANGERS ÉGARÉS DANS LES PREMIÈRES VOIES, par le Dr SALZER. *Medicinisch. Chirurg. Rundschau*, 1889, n° 5, p. 168.

I. — M. Winternitz a imaginé un nouveau procédé pour la recherche de quantités minimes de mercure dans les urines. La description du procédé serait trop longue et exigerait des explications trop techniques pour être reproduite à cette place. Je me bornerai à faire savoir, qu'à l'aide de son procédé, l'auteur a pu constater le passage du mercure dans les urines, chez des sujets qui avaient été soumis à des expériences méthodiques, consistant à leur administrer le mercure par la voie sous-cutanée, ou par les voies ordinaires, ou par voie endermique, ou encore en irrigant des surfaces ulcérées avec une solution mercurielle. M. Winternitz a reconnu qu'à la suite de l'administration sous-cutanée ou interne d'une préparation hydrargyrique peu soluble, telle que le calomel, il passe plus de mercure dans les urines qu'à la suite de frictions avec l'ongent mercuriel.

II. — Cette absorption, relativement plus active, du mercure déposé sous forme de combinaison insoluble dans les parties molles tégumentaires, se poursuit, de plus, pendant une période de temps assez longue. On a beaucoup insisté sur les avantages de cette action à longue portée du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles; mais on a peut-être trop perdu de vue les dangers graves qui en pouvaient résulter, dans les cas où le mercure est mal toléré par l'organisme du syphilitique. On ne peut pas alors suspendre l'absorption du mercure dans l'espoir de couper court aux accidents. L'observation suivante de Runeberg démontre que dans ces conditions peut se développer une intoxication mortelle.

Une femme de 34 ans entra à l'hôpital de Helsingfors le 27 avril 1888. Elle était très anémiée, très amaigrie; la peau et les muqueuses étaient légèrement œdématiées. Teint subictérique, T. 38°. La malade avait des selles diarrhéiques, très fétides, des douleurs dans la bouche avec fétidité de l'haleine, gencives ulcérées. Un peu de céphalalgie. Douleur à la pression du sternum. Le choc précordial n'était pas perceptible. La respiration était accélérée. Rien d'anormal à l'examen des poumons. Le ventre était douloureux à la palpation, la rate augmentée de volume; le foie avait des dimensions normales. Les urines, limpides, n'étaient pas albumineuses. L'examen du sang fit constater la présence dans ce liquide d'un grand nombre de globules rouges de forme irrégulière et de dimensions anormales; pas d'aglobulie, pas de leucocythémie.

D'abord on porta le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive. On prescrivit à la malade des stimulants, de l'arsenic, du fer, des gargarismes au chlorate de potasse. Puis on apprit que la malade, d'une constitution débile depuis sa naissance, avait contracté la syphilis au mois de janvier (1888), que le 12, le 21 mars et le 13 avril, on lui avait injecté sous la peau 10 centigrammes de calomel chaque fois, que dès le 31 mars on avait constaté les symptômes d'une légère stomatite mercurielle, enfin que la dernière injection avait été suivie d'une aggravation rapide de l'état de la malade.

Nul doute dès lors qu'on avait affaire à un cas d'intoxication mercurielle grave. On se demanda s'il n'y aurait pas utilité à extraire, au siège de la dernière injection, la quantité de calomel qui pouvait être encore déposée en ce point. On renonça à cette tentative opératoire, en considération de l'état d'adynamie de la malade.

Les symptômes s'aggravèrent de jour en jour; la stomatite gagna en étendue; les selles devinrent d'une fétidité repoussante. T. 39°. La malade succomba dans le coma le 6 mai. A l'autopsie on trouva tous les organes exsangues, sans autres altérations définies que des taches hémorrhagiques, des infiltrations diphtéritiques et de profondes ulcérations sur la muqueuse du gros intestin. En incisant les régions fessières, on mit à jour, à gauche un foyer caséeux, à droite un abcès dont le contenu était formé en partie par du tissu musculaire altéré. L'examen chimique de ce contenu y a décélé la présence d'une quantité notable de mercure. Ces résultats corroboraient en somme le diagnostic d'intoxication mercurielle.

M. Runeberg a rappelé que M. Kraus a publié l'année dernière (*Deutsche med. Wochenschrift*) un fait du même genre. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, qui avait contracté la syphilis depuis six semaines, porteur d'un chancre ulcéré sur le pénis, de condylomes plats sur la verge et le scrotum, et d'un exanthème maculo-papuleux sur tout le corps, lorsqu'il fut soumis à un traitement par les injections sous-cutanées de calomel. Première injection, de 10 centigrammes de calomel, le 15 mai; seconde injection le 22 mai.

Dès le 23 mai le malade s'apercevait que ses gencives et la muqueuse des joues étaient ramollies. La stomatite progressa rapidement; il s'y ajouta une diarrhée profuse, des vomissements, de l'anurie. Le 27 mai, albuminurie. Le 28 mai, le malade succomba dans le collapsus. A l'autopsie on a trouvé les lésions suivantes: Infiltration diphtéritique du gros intestin; perforation au niveau de l'S iliaque. Péritonite, stomatite ulcéreuse. Tuméfaction récente du foie. Néphrite parenchymateuse aiguë. Pneumonie hypostatique droite commençante. A noter qu'au moment de son entrée à l'hôpital, le sujet de cette seconde observation était dans un état général très satisfaisant.

M. Runeberg cite d'autres faits qui peuvent avec plus ou moins de vraisemblance être considérés comme des exemples d'une intoxication mortelle par le mercure administré en injections hypodermiques sous forme de calomel. L'observation de Krause est là pour démontrer que ce genre d'intoxication peut survenir chez des sujets dont l'état général ne laisse rien à désirer en apparence. N'empêche qu'un mauvais état général doit être considéré comme une contre-indication au traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles.

III. — Chez un homme de 29 ans, affecté d'un rétrécissement

de l'urèthre avec fistule périnéale, M. Simes se préparait à pratiquer l'uréthrotomie interne, et, dans le but d'obtenir l'anesthésie de la muqueuse, il injecta une drachme (3 gr. 60) d'une solution de cocaïne à 20 0/0. Il avait à peine retiré la seringue à injections, que le malade, après avoir fait des réflexions qui dénotaient un trouble de l'intelligence, fut pris de secousses convulsives dans le visage, de fixité du regard, avec dilatation des pupilles, écume à la bouche; la respiration devint embarrassée, tout le corps fut agité par des convulsions épileptiformes, dont l'intensité alla rapidement en augmentant. Le pouls devint irrégulier, de plus en plus rare, et la respiration de plus en plus faible. Le patient succomba vingt minutes après l'injection.

A l'autopsie on ne trouva aucune trace d'une lésion récente dans l'urèthre. Les poumons, le foie et les reins étaient gorgés de sang, ainsi que le cœur droit, tandis que le cœur gauche était à peu près vide. Le cœur était sain. Les vaisseaux cérébraux étaient également distendus par le sang. Dans ces conditions, la seule explication plausible pour rendre compte de cette mort rapide était celle d'une intoxication suraiguë par la cocaïne.

IV. — Dans une communication faite à la Société des médecins de Vienne (11 janvier 1889), M. Salzer a entretenu ses collègues du procédé qu'emploient depuis longtemps le professeur Cameron et d'autres chirurgiens anglais pour obtenir l'expulsion des corps étrangers engagés dans les premières voies. Ce procédé est en usage depuis fort longtemps parmi les voleurs de Londres; ceux-ci s'en servent pour rendre les monnaies d'or et d'autres objets précieux, qu'ils avalent lorsqu'ils ont besoin de les soustraire aux recherches de la police. Dans ce but, ils ingèrent une grande quantité de pommes de terre; les objets avalés sont expulsés sans aucune difficulté avec les matières fécales.

M Salzer a mis ce procédé à l'épreuve pour la première fois au mois de septembre 1887. C'était chez un garçon qui avait avalé un poids en cuivre, pesant 0,2 décigr. Un confrère avait déclaré qu'une gastrotomie était urgente, pour débarrasser l'enfant du corps étranger. Sur les conseils de M. Salzer, l'enfant fut mis au lit, maintenu couché sur le côté droit, et pendant 5 jours on ne lui fit manger que des pommes de terre en grande quantité. On eut soin de préparer les pommes de terre de façons très diverses, pour ne pas amener de dégoût. Le cinquième jour, l'enfant eut des selles copieuses, et le corps étranger se trouva au milieu des matières fécales; son expulsion n'avait causé aucun désagrément au petit malade.

Dans deux autres cas, le procédé a donné des résultats tout aussi satisfaisants.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

II. — Kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle et clinique, par M. Emile Marguet. — (Thèse de Paris 1888. G. Steinheil, éditeur.

Si tous les praticiens sont familiarisés avec les kystes hydatiques développés dans certains viscères et particulièrement dans le foie, il n'en est pas de même pour les muscles volontaires. Quoiqu'ils aient été moins fréquemment observés, leur étude n'est point à dédaigner et peut éviter de nombreuses erreurs de diagnostic et surtout de traitement.

M. E. Marguet a consacré à ces tumeurs kystiques un long et consciencieux travail qui fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Après un historique complet de la question, il résume tous les travaux des naturalistes sur le cysticerque et sur le développement de la vésicule hydatique et de son contenu. L'auteur rapporte 128 cas empruntés à la littérature médicale française et étrangère et 25 inédits ou personnels se rapportant aux quatre variétés principales ou types de kystes observés. Il nous est impossible d'analyser même sommairement les quinze chapitres consacrés à cette étude, aussi nous bornerons-nous à citer quelques conclusions de cet important travail et les faits plus particulièrement mis en lumière.

1° Parmi les organes qui peuvent être envahis par le germe hydatique, les muscles striés occupent le quatrième rang par ordre de fréquence; ils se développent à l'intérieur ou à la périphérie des muscles. Le volume et la plus grande vascularisation des muscles striés semblent déterminer la prédilection de l'embryon, et même parmi eux, certains sont privilégiés.

2° On les observe surtout de 20 à 30 ans et plus souvent chez la femme que chez l'homme.

3° La présence et le développement de la tumeur n'ont aucune influence sur la santé générale.

4° Le diagnostic s'appuie sur les signes particuliers suivants:

Siège, forme, indolence, évolution lente et progressive de la tumeur, sa consistance et surtout la fluctuation perceptible dans la majorité des cas; par contre, il ne faut pas trop compter sur le frémissement hydatique qui est exceptionnel.

5° Enfin, s'il survenait des difficultés on aurait recours à la ponction exploratrice. Quant au traitement, l'extirpation totale lorsqu'elle est possible, doit être préférée; dans les cas contraires, on fera l'extirpation partielle, combinée avec le raclage.

Ce travail se termine, par un index bibliographique qui fournit de précieuses indications sur tout ce qui existe dans la littérature médicale relativement aux kystes hydatiques et témoigne des patientes et minutieuses recherches de l'auteur.

Dr L. Florain (d'Orléans).

Contribution a l'étude de la tuberculose ano-rectale, par A. Mouret. (Thèse de Paris.)

La tuberculose n'épargne aucun tissu et peut se manifester dans toutes les régions. Le bacille se montre ici et là primitivement ou après avoir envahi un ou plusieurs autres organes. Au rectum ou à l'anus il détermine des lésions soit de la peau, soit du tissu cellulaire sous-cutané, soit du tissu cellulaire profond, soit de la muqueuse, soit enfin des os du voisinage, lésions qu'il importe de bien différencier tant au point de vue du pronostic que du traitement Celui-ci sera général et local: l'iodoforme, le chlorure de zinc, le fer rouge paraissent avoir des propriétés anti-tuberculeuses qu'il convient de mettre à profit.

Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids, par V. de Holstein. (Thèse de Paris.)

Le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé donne les meilleurs résultats. Facile et ne laissant pas de cicatrice déformante, il exerce encore une action favorable sur l'état général. Si l'on a soin de limiter la quantité de liquide injecté d'une part, et de préciser le titrage de la solution de l'autre, on n'aura pas à craindre d'accidents; c'est dire qu'on évitera les intoxications en n'employant pas plus de 2 à

3 grammes d'iodoforme, qu'on ne verra pas survenir de tuméfactions considérables et des escharifications consécutives si la dose du liquide employée est inférieure à 100 grammes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS FROIDS DES PAROIS THORACIQUES, par H. LEBATARD. (Thèse de Paris.)

Les abcès péri-thoraciques ont été attribués à des causes diverses. Tandis que Cruveilher et Leplat les rattachaient à des lésions pleuro-pulmonaires, que Sédillot, Larrey, Gaujot et Duplay les faisaient dépendre d'une périostite, M. Verneuil et son élève Vesseaux les considéraient comme le résultat de l'inflammation des bourses séreuses situées à la partie antérieure et inférieure du thorax. Cette dernière théorie ayant été abandonnée par leurs auteurs, celle de la périostite externe est pour l'instant en grande faveur. Nous la croyons vraie en beaucoup de circonstances, plus éclectique que M. Lebatard pour qui la lésion osseuse primerait tout. Et il prend comme argument les bons effets produits par l'injection d'éther iodoformé, comme si ce médicament n'était pas également excellent dans le traitement des abcès ganglionnaires. Nous persistons à croire avec Duplay qu'on peut trouver à la paroi thoracique des abcès occasionnés par la fonte des ganglions de l'aisselle, des abcès périostiques, des abcès ossifluents, abcès que nous admettons volontiers avec l'auteur se rattacher à la tuberculose.

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DU SPINA-BIFIDA ET DE L'EXCISION EN PARTICULIER, par A. GUIBBAUD. (Thèse de Paris.)

Le spina-bifida ou hydrorachis est une affection congénitale déterminée par le défaut de soudure d'un ou de plusieurs arcs vertébraux pendant les premiers mois de la vie intra-utérine. Par cette fissure font hernie des tumeurs à volume variable, constituées par les enveloppes médullaires seules ou accompagnées de la moelle suivant que le liquide céphalo-rachidien est épanché entre elles ou dans le canal de l'épendyme. L'hydrorachis, dite externe dans le premier cas, est le plus généralement curable à l'inverse de ce que l'on observe pour l'hydrorachis interne malheureusement plus fréquente. Les éléments de succès se déduisent tout d'abord de l'état général du sujet, ensuite des dimensions et du siège de l'ouverture de communication avec le rachis. La compression, le séton, la ponction capillaire, les injections iodées, iodo-glycérinées, à l'alcool, au tannin ont fourni des résultats peu encourageants. Si l'électrolyse, l'incision antiseptique, l'accollement, la ligature simple paraissent avoir présenté quelques indications, l'excision au bistouri reste le procédé de choix pour le cas où la poche communique avec le canal spinal au moyen d'une petite ouverture.

DES ANGIOMES DE LA LANGUE, par R. COUTENOT. (Thèse de Paris.)

Si l'angiome est stationnaire il convient de le respecter; s'il progresse ou doit le faire disparaître sans délai. On pourra recourir dans ce cas soit à l'injection coagulante, soit à l'électrolyse, soit à la cautérisation centrale avec le thermo-cautère, soit aux ligatures simple ou multiple, soit enfin et dans des cas tout particuliers, à l'extirpation seule ou aidée de la ligature et de la cautérisation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS PULSATILES DE LA RÉGION PRÉCORDIALE, par H. MALET. (Thèse de Paris.)

L'apparition au niveau de la région précordiale d'une tumeur molle fluctuante, animée de mouvements pulsatiles a plus d'une fois fait naître dans l'esprit du chirurgien l'idée d'anévrysme du cœur : diagnostic erroné cependant si l'on se rappelle qu'une telle affection n'aboutit jamais à la perforation des parois thoraciques. On doit plutôt songer à des abcès, médiastinaux, pleuraux, pulmonaires ou ostéo périostiques, retropariétaux, qui, prenant la forme en bissac, se sont fait jour sous la peau par un orifice plus ou moins long. La poche interne peut être en rapport avec un point quelconque de la paroi ventriculaire et se trouver comprimée à chaque systole, d'où le passage d'une certaine quantité de pus dans l'abcès extérieur se traduisant par de l'expansion et des battements. Le traitement de ces abcès, consistant dans le raclage des parois, exige le plus souvent une résection costale ou une trépanation du sternum.

Ch. AMAT.

BULLETIN

LA DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES.

On a lutté, pendant de longues années, pour réunir dans une même Direction les différents services afférents à la santé publique. Maintenant qu'on a obtenu gain de cause, il n'est pas indifférent de connaître le fonctionnement de cette Direction importante dont l'organisation se fait un peu lentement et silencieusement, effacée qu'elle est, comme mainte autre œuvre d'intérêt social, par les préoccupations politiques.

C'est par un décret du 5 janvier dernier que les services de l'hygiène publique ont été distraits du Ministère du commerce et réunis à ceux de l'Assistance publique, dépendants du Ministère de l'intérieur. La création de la Direction de l'Assistance publique à ce dernier ministère remonte elle-même au décret du 4 novembre 1886. Jusque-là les divers services de l'Assistance publique étaient répartis entre deux directions, celle du secrétariat et de la comptabilité, et celle de l'administration départementale et communale. La dispersion de tout ces services dans plusieurs ministères et dans différentes directions d'un même ministère empêchait toute conception d'ensemble du vaste problème de l'Assistance et de l'Hygiène publiques et par suite l'élaboration de mesures législatives ou administratives reposant sur des principes généraux. C'est donc une grande réforme qu'on a fini par réaliser.

Dès sa création, la Direction de l'Assistance publique a été divisée en quatre bureaux entre lesquels les affaires ont été réparties de la manière suivante :

1er *bureau.* — Établissements nationaux de bienfaisance; asiles d'aliénés.

2e *bureau.* — Services de l'enfance (Sociétés de Charité maternelle, Sociétés protectrices de l'enfance, crèches, Enfants assistés, Enfants protégés, etc.).

3e *bureau.* — Hospices communaux ; établissements et bureaux de bienfaisance; applications de la loi du 5 avril 1884 à la salubrité publique.

4e *bureau.* — Société de secours mutuels.

Plus tard, des décrets en date des 14 avril et 11 mai 1888, ont institué auprès du Ministère de l'intérieur un Conseil supérieur de l'Assistance publique, qu'un arrêté ministériel, en date du 25 mai suivant, a divisé en quatre sections :

1re *section.* — Services de l'enfance.

2e *section.* — Secours aux indigents valides ou malades; hôpitaux.

3e *section.* — Secours aux indigents âgés ou incurables; hospices. Établissements nationaux.

4e *section.* — Aliénés. Monts-de-Piété. Dépôt de mendicité.

Le Conseil supérieur, composé de membres de droit à raison de leurs fonctions et de membres nommés par décret, est présidé par le Ministre de l'intérieur. Il tient chaque année deux sessions ordinaires, l'une en janvier, l'autre en juin. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur convocations ministérielles. Chacune des sections qu'il comprend peut nommer parmi ses membres une commission permanente. Le Ministre de l'intérieur saisit directement les sections ou les commissions permanentes des questions qui ne lui paraissent pas nécessiter l'intervention du Conseil supérieur.

A côté de la Direction et du Conseil supérieur, fonctionne l'Inspection générale des services administratifs, instituée par un arrêté du chef du pouvoir exécutif en date du 25 novembre 1848, et réglée par le décret du 18 octobre 1887. Cette inspection est divisée en deux sections répondant, l'une aux établissements et services d'Assistance publique, l'autre aux établissements et services pénitentiaires. Les établissements et services d'Assistance publique qui comportent le contrôle de l'Inspection générale sont les mêmes que ceux qui ont été désignés plus haut. Indépendamment de leur rôle d'inspection, les inspecteurs généraux sont convoqués en comité aussi souvent que les besoins du service l'exigent et appelés à tenir quatre sessions au moins par an, s'ouvrant le deuxième lundi de janvier, mars, septembre et novembre. Ainsi réunis en comité, les inspecteurs généraux n'ont à délibérer que sur des questions dont ils sont saisis par le Ministre, et leur rôle est purement consultatif, comme celui du Conseil supérieur. Le nombre des inspecteurs généraux a été réduit de 9 à 5, nombre manifestement insuffisant pour les 3.992 établissements qu'ils ont à inspecter, ce qui constitue pour chacun d'eux 798 établissements dont ils doivent réglementairement visiter le quart chaque année, soit 200 établissements par an.

Le Comité des inspecteurs généraux ne saurait faire double emploi ni entrer en conflit avec le Conseil supérieur. Les questions qui lui sont soumises sont surtout des questions d'administration intérieure, de détail ou d'exécution, tandis que le Conseil supérieur étudie les grandes questions d'organisation générale. Du reste les inspecteurs généraux s'associent directement aux travaux du Conseil supérieur; chaque section de celui-ci comprend, en effet, un ou deux d'entre eux parmi ses membres, à titre de délégué du gouvernement.

L'adjonction des services d'Hygiène à ceux de l'Assistance publique est trop récente pour qu'ils aient pu recevoir encore d'importantes modifications. On peut dire que tout s'est borné jusqu'à présent à un simple déménagement d'un ministère dans un autre. Le Comité consultatif d'hygiène publique fonctionne auprès du Ministère de l'intérieur, comme il fonctionnait auprès du Ministère du commerce et de l'industrie. L'ajournement de la délibération des Chambres sur le projet de loi relatif à l'organisation de la médecine publique en France entraîne naturellement celui des réformes que l'administration pourrait songer à réaliser. On est ainsi condamné au *statu quo*. En attendant, il serait utile qu'à l'exemple de ce qu'elle a fait pour les services d'assistance, la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques fît connaître exactement la situation actuelle des services d'hygiène, en même temps que les dispositions législatives et administratives qui les régissent.

Nous ne saurions nous borner à une simple mention du travail auquel nous faisons ici allusion. Dès la constitution du Conseil supérieur de l'Assistance publique et grâce au concours actif de son zélé secrétaire général, M. le Dr A. Martin, la direction de l'Assistance publique a publié une série de fascicules contenant les documents législatifs, administratifs et économiques les plus précis sur les différents services d'assistance dont le Conseil supérieur devait avoir à étudier l'organisation et le fonctionnement. Pour bien apprécier une institution et juger des réformes utiles dont elle est susceptible, il faut évidemment la connaître dans son principe, dans son fonctionnement, dans ses résultats. C'est ce qu'ont pensé avec raison M. Monod et ses collaborateurs et, dans autant de fascicules, ils ont réuni tous les documents de ce genre, relatifs à la constitution du Conseil supérieur, à celle de la direction et de l'inspection, au budget de l'Assistance publique, au service des enfants assistés, à celui des enfants protégés, aux crèches et aux sociétés de charité maternelle, aux bureaux de bienfaisance, aux établissements hospitaliers, à l'organisation de la médecine gratuite, aux établissements nationaux de bienfaisance, aux asiles d'aliénés, aux dépôts de mendicité, aux Monts-de-Piété, aux établissements libres de bienfaisance, aux syndicats des communes, aux enfants maltraités et moralement abandonnés. M. Monod, à l'ouverture de la première séance du Conseil supérieur a donc été autorisé à dire à ses collègues, en leur rappelant cette publication: « Ainsi, Messieurs, vous serez mis au courant des moindres détails du service; vous pourrez étudier avec tous les documents à l'appui, les questions sur lesquelles le Gouvernement vous consultera.»

Celles de ces questions que le Conseil supérieur a eu déjà à examiner dans les deux séances qu'il a tenues sont nombreuses et importantes; nous en parlerons dans un prochain bulletin.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

— ASILE DE CONVALESCENTS POUR LES MILITAIRES. — Nous apprenons que sur l'initiative d'un de nos confrères, M. le Dr de la Porte, médecin-major de l'armée en retraite, l'*Association des Dames françaises pour les secours aux blessés* — qui est reconnue d'utilité publique — étudie les moyens de créer, pour les militaires sans famille, des asiles de convalescents, analogues à ceux que l'Assistance publique de Paris a fait construire au Vésinet et à Vincennes pour les convalescents des hôpitaux.

Tout le monde sait qu'au sortir de l'hôpital, une certaine catégorie de convalescents militaires (ceux qui ont une famille) ont le bonheur d'aller chez eux pendant trois ou quatre mois de congé, pour achever leur guérison; tandis qu'une autre catégorie (ceux qui sont orphelins) rentrent directement à la caserne, où, à peu de chose près, ils sont forcément remis au régime commun, sans aucune des petites douceurs que l'on peut donner dans les plus modestes familles, lait, vin, légumes frais, aliments choisis, vêtements chauds, promenades au grand air, etc.

Il y a là une lacune des plus regrettables et, pour la combler, on ne demande qu'une autorisation du Ministre de la guerre, sans aucune dépense pour l'État.

Nous souhaitons au projet de M. le Dr de la Porte tout le succès qu'il mérite, et sommes heureux de savoir que sa parole a trouvé un écho dans le cœur des femmes distinguées qui composent l'*Association des Dames françaises*. (*Semaine médicale*).

— ÉDUCATION PHYSIQUE. — En sa séance du 15 mars, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Paul Viguier, appuyée par vingt de ses collègues, a voté à l'unanimité une subvention de 1,000 francs à la Ligue nationale de l'éducation physique « en raison des services rendus par cette Société ».

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Condamin, délégué dans les fonctions de prosecteur, est nommé prosecteur pour trois ans.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Cannac, aide de physiologie, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Gombert, démissionnaire.

M. Vieux, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, de l'emploi d'aide de physiologie.

Les professeurs, chargés de cours et les agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Montpellier sont convoqués, le jeudi 9 mai 1889, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Engel, démissionnaire.

* * *

Assistance publique. — Les candidats au concours qui doit s'ouvrir le mardi 7 mai pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central, sont au nombre de neuf. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Démelin, Lepage, Loviot, Potocki, Stapfer et Tissier.

Le jury de ce concours est provisoirement constitué comme suit : MM. Porak, Bouilly, Bar, Guéniot, Maygrier, Cornil et Kirmisson.

* * *

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Luys reprendra son cours le jeudi 9 mai à dix heures dans l'amphithéâtre du premier étage.

Ce cours aura pour objet les maladie du système nerveux et les applications thérapeutiques de l'hypnotisme.

Les personnes qui désirent y assister ne seront admises que sur la présentation d'une carte d'entrée. — On est prié de s'inscrire chez le concierge.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 14 AU SAMEDI 20 AVRIL 1889.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 7. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10.—Diphtérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 38. — Autres, 7. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 39. — Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 25. — Pneumonie, 63. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 6 —Biberon, 36. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonites puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 31. — Suicides, 11.— Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 186. —Causes inconnues. 6. — Total : 972.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

DES RELATIONS DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE ET DU TABES.

Après avoir porté leurs efforts pendant de longues années vers l'étude analytique des maladies nerveuses, à la suite de l'impulsion que leur avait communiquée Duchenne de Boulogne, les neurologistes semblent essayer aujourd'hui de réunir certains des types qu'ils avaient créés avec tant de peine et de combler le fossé qu'ils avaient creusé entre eux. Cette évolution est toute logique : en présence du chaos dans lequel étaient confondues toutes les affections nerveuses, quelque dissemblables qu'elles pussent être, le but qu'il fallait au début se proposer d'atteindre pour faire cesser cette confusion était de créer quelques types bien francs, à contours très distincts, qui pourraient servir de guides pour arriver à la connaissance d'autres types plus rares ou moins schématiques. Ce travail est à peu près fini aujourd'hui, et c'est précisément parce que les entités morbides qu'on a séparées, souvent avec beaucoup de peine, sont trop schématiques et ne répondent pas toujours à la réalité des faits, qu'on étudie à présent leurs formes anormales et surtout ces singulières manifestations symptomatiques, communes à plusieurs maladies, qui sont entre elles comme des traits d'union et qui montrent que l'on a peut-être été trop loin dans la voie de la division. Les rapports que l'on a découverts entre l'hystérie et l'épilepsie, les délires vésaniques et les intoxications du système nerveux, entre les diverses polyomyélites antérieures, entre la paralysie générale et l'ataxie, etc., sont autant de preuves que les maladies nerveuses ayant entre elles les rapports les plus étroits, peuvent se juxtaposer ou se fondre presque complètement les unes dans les autres, et que souvent, par cela même qu'elles ne sont que des manifestations d'une seule diathèse, la diathèse nerveuse, elles peuvent présenter des caractères communs et s'enchevêtrer parfois d'une façon inextricable.

L'attention venant d'être attirée tout récemment sur les rapports de l'ataxie avec le goitre exophthalmique, c'est de cette question seulement que nous allons nous occuper.

Les cas où les deux maladies se combinent l'une à l'autre ne sont probablement pas rares, non pas que l'on trouve beaucoup de malades présentant tout à la fois tous les symptômes de l'ataxie et tous ceux du goitre, mais il y en a un certain nombre qui, étant franchement ataxiques, ont en même temps quelques symptômes de goitre et inversement. Il y a même des cas complets où les deux maladies se juxtaposent de toute pièce ; tel est, par exemple, le cas de M. Barié, qui a trait à un ataxique qui, au bout d'un an, vit apparaître chez lui les diverses manifestations de la maladie de Basedow. De tels faits ne sont guère signalés dans les livres, soit qu'ils aient paru trop étranges à leurs observateurs, soit plutôt qu'ils aient passé inaperçus jusqu'à présent ; mais plusieurs d'entre eux ont été rappelés, au cours de la discussion qui eut lieu à la

FEUILLETON

LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS EN 1789.

DÉPOSITION D'UN TÉMOIN.

Mon cher Directeur,

Au moment où la France va célébrer le Centenaire de sa grande Révolution, peut-être n'est-il pas sans intérêt de chercher à savoir quel rôle jouaient alors les médecins dans la Société et quelle était leur influence.

Elle était étonnante l'influence que les principaux médecins exerçaient dans ce temps-là en France sur leurs malades de la haute société, et surtout sur les personnes du sexe. Elles avaient pour eux une confiance tendre et soumise, et leur admiration sans bornes était accompagnée des attentions les plus recherchées. Je ne saurais comparer les sentiments de ces dames pour leurs médecins qu'à ceux que leurs grand-mères avaient, à la fin du siècle de Louis XIV, pour leurs directeurs ; et, dans le fait, la préférence que le corps avait *alors* obtenue sur l'âme, explique assez ce déplacement d'affections. Quoi qu'il en soit, les médecins qui avaient cette vogue extraordinaire étaient en très petit nombre ; ce qui ne doit pas étonner, lorsque l'on songe qu'ils devaient réunir à des talents reconnus dans leur art un esprit délié, la connaissance du cœur humain, l'usage du monde et des manières agréables ; mais, avant tout, il fallait qu'ils eussent ou qu'ils feignissent un cœur sensible. Comme, sur vingt fois qu'ils étaient appelés, il y en avait au moins quinze plutôt de luxe que de nécessité, on voit bien qu'ils avaient plus de plaintes à entendre que de remèdes à ordonner. Ils devaient écouter avec l'air du plus vif intérêt les longs récits de leurs malades, et cependant il ne fallait point traiter trop sérieusement leurs inquiétudes, de peur de leur donner des craintes réelles, moyen sûr d'être pris en aversion et éconduits, tandis qu'en les traitant brusquement de chimères on eût choqué leur amour-propre ou passé pour un homme dur. L'art consistait à relever le courage de ces âmes amollies, à leur prescrire, avec une apparence d'attention, de ces ordonnances innocentes qui satisfont l'esprit sans nuire à la santé,

Société médicale des hôpitaux, par certains membres qui avaient en l'occasion d'en rencontrer et qui en avaient conservé le souvenir. Ces cas existent donc, et il n'y a nul doute qu'avant peu on n'en signale de nouveaux; aussi est-il intéressant de rechercher leur pathogénie.

Que le goitre se montre au cours de l'ataxie avec tout son cortège symptomatique comme dans les cas cités par MM. Barié et Joffroy, ou qu'il ne décèle sa présence que par quelques-uns de ses symptômes, cela importe peu, à notre avis, car le goitre exophthalmique fruste est des plus fréquents. Ce qu'il importe de démontrer ici c'est en vertu de quel mécanisme le tabes peut se compliquer soit de la maladie de Basedow complète, soit simplement de tachycardie avec ou sans goitre, tremblement et protrusion oculaire.

Deux hypothèses sont en présence : ou bien la maladie de Basedow est liée dans ce cas à une lésion siégeant dans le bulbe et due à l'extension des lésions habituelles du tabes, le goitre exophthalmique pouvant être alors rapproché des autres troubles d'origine bulbaire déjà décrits dans l'ataxie locomotrice, névralgie du trijumeau, vertige de Ménière, troubles du goût, etc.; ou bien, au lieu d'être la conséquence du tabes, il lui est simplement juxtaposé, sans affecter avec lui de rapports de cause à effet; les deux maladies sont associées mais ne dépendent pas l'une de l'autre.

I

Les symptômes du goitre exophthalmique qui se montrent au cours du tabes sont-ils dus à l'extension de la sclérose à des parties du bulbe ou de la moelle qu'elle ménage habituellement? C'est là une question que l'examen histologique pourra seul trancher un jour. En ce moment nous en sommes réduits à faire des hypothèses et à raisonner par analogie.

On sait, depuis les travaux de Pierret et de Joffroy, qu'il n'est pas rare de voir, dans l'ataxie locomotrice, outre la sclérose des zones radiculaires postérieures, l'envahissement par le tissu conjonctif d'autres régions de l'axe bulbo-médullaire et particulièrement du faisceau *intermedio-lateralis*, qui représente dans la moelle les origines du grand sympathique (Pierret). En rapport avec cette extension des lésions, on observe des troubles vaso-moteurs divers, parmi lesquels la sialorrhée, la gastrorrhée, la diarrhée, des sudations anormales et des éruptions cutanées tiennent le premier rang. Le plus souvent ces symptômes ne se présentent que lorsque la maladie en est à la période d'état et facile à reconnaître, mais cependant ils peuvent se présenter avant tout autre phénomène ataxique, ce qui laisse à supposer qu'alors le faisceau médullaire du sympathique est atteint avant, ou tout au moins en même temps que les cordons postérieurs. L'anatomie nous en donne l'explication.

Il existe dans le bulbe un faisceau rectiligne, longitudinal, qui est connu sous le nom de *colonne grêle*, de *faisceau solitaire* de Stilling. Cette colonne se continue en haut avec le nerf intermédiaire de Wrisberg et descend jusqu'au collet du bulbe. Elle est située entre les zones motrices et sensitives et a des connexions intimes avec les nerfs pneumogastrique, spinal et glosso-pharyngien. M. Pierret a démontré, au moyen de coupes longitudinales du bulbe faites à l'état normal et pathologiques que cette colonne, en grande partie vaso-motrice, s'incurve au niveau de l'entrecroisement des pyramides, et, décrivant une courbe à convexité externe, se place aux côtés du spinal inférieur, puis reprend dans la moelle une situation analogue à celle qu'elle occupait dans le bulbe, c'est-à-dire intermédiaire aux zones sensitives et motrices. Dans toute la hauteur de la moelle, elle reçoit des fibres arciformes émanant de noyaux connus sous le nom de tractus intermedio-lateralis, noyaux qui représentent des origines intra-médullaires du grand sympathique. (Pierret, Thèse de Putnam, p. 26.)

L'anatomie nous démontre donc qu'à côté même des deux grands systèmes, moteur et sensitif, il existe un autre système anatomique rendu mixte par l'union de ses deux éléments, moteur et sensitif. Situé sur les frontières des cornes antérieures et des postérieures, ce système, dont le sympathique fait partie, subit quelquefois, non toujours, le contre-coup des révolutions qui se passent chez ses voisins. Il peut aussi être intéressé primitivement pendant l'évolution d'une maladie qui a pour caractère de s'attaquer à tous les modes de sensibilité. Mais comme ce système mixte contient la majeure partie des filets du sympathique, on voit des phénomènes morbides douloureux ou moteurs s'accompagner de phénomènes vaso-moteurs et même sécrétoires. La sclérose peut, par propagation, envahir les noyaux du sympathique. Nous avons vu les préparations sur lesquelles reposent les assertions du Professeur Pierret; elles ne nous laissent aucun doute.

Si l'on admet que la lésion de ces centres médullaires et

---

et à terminer par une plaisanterie délicate et légère une visite dont le commencement avait été consacré à la sensibilité. Qu'il y avait loin de ces docteurs aimables à ceux du temps de Pascal! Lorsque ce grand penseur disait : « Qui voudrait d'un médecin sans soutane ? » il était loin de prévoir un tel changement de mœurs ; mais il avait raison de se moquer de l'aveugle confiance que l'on avait alors pour l'habit. S'il eût écrit de nos jours, il n'eût pas moins ri de la confiance dans cet intérêt prétendu que les femmes pensaient inspirer à leurs médecins. Les moralistes ont toujours raison ; les hommes changent de hochets, mais chaque siècle a les siens.

Il y avait, à l'époque dont je parle, plusieurs médecins célèbres, et qui, indépendamment de toute autre considération, méritaient leur célébrité ; c'étaient Tronchin, Bouvard, Lorry et Bordeu. Les ouvrages de ce dernier jouissent encore, malgré les progrès de la science, de la plus grande estime.

Tronchin, étranger (ce qui a toujours été un titre de recommandation en France), avait mis de l'adresse et presque de la charlatanerie pour assurer dans le commencement ses succès ; par exemple, il imagina de conseiller à une jeune femme qui avait besoin d'exercice de frotter son appartement ; ce qui réussit si bien que la moitié de la bonne compagnie de Paris se mit à frotter. Une autre année, il proscrivit la soupe. Mais un service essentiel qu'il a rendu aux gens de lettres et à tous ceux qui, par état, sont obligés d'écrire longtemps de suite, c'est l'invention des tables qui se lèvent et s'abaissent à volonté ; elles portent son nom, et l'usage n'en saurait être trop recommandé.

Bouvard, non moins habile que ses trois confrères, n'a guère laissé que des bons mots. On sait que la mode exerce à Paris son empire sur la médecine comme sur tout le reste ; or il fut un temps où l'écorce de l'orme pyramidal était en grande réputation ; on la prenait en poudre, en décoction, en élixir, même en bains ; elle était bonne pour les nerfs, la poitrine, l'estomac ; que sais-je ? c'était une véritable panacée. Au plus fort de la vogue, une de ses malades demandait à Bouvard si elle ne ferait pas bien d'en prendre· « Prenez, Madame, répondit-il, et dépêchez-vous pendant qu'elle guérit. » Lorsque Barthez, le fameux professeur de Montpellier, arriva à Paris, il excita un enthousiasme presque universel dans le grand monde ; c'était un homme savant et spirituel, mais qui avait plus de théorie que de pratique, et qui devait tout cet

bulbaires du sympathique, chez les ataxiques, peut amener des troubles vaso-moteurs tels que ceux que nous avons cités, il est facile d'interpréter de la même manière l'apparition des symptômes de la maladie de Basedow qui viennent compliquer le tabes. Demange (*Revue de médecine*, 1882) nous donne l'autopsie d'un cas d'ataxie locomotrice avec troubles vaso-moteurs, diarrhée, sialorrhée et désordres dans la sphère du pneumogastrique, modifications du pouls et de la respiration, où il trouva, à l'examen histologique du bulbe, une sclérose de tous les noyaux d'origine des nerfs mixtes, glosso-pharyngien, *pneumogastrique*, spinal accessoire et des racines moutantes du trijumeau.

Quand on se reporte à l'histoire clinique du goitre exophthalmique et à sa pathogénie, et qu'on se rappelle que presque tous ses symptômes, sinon tous, paraissent être sous la dépendance d'un trouble fonctionnel du grand sympathique ou du pneumogastrique, on ne peut s'empêcher de regarder comme rationnelle l'hypothèse séduisante, qu'au cours de l'ataxie, son apparition est le résultat d'une sclérose du faisceau bulbaire du grand sympathique et des noyaux bulbaires. Supposons une sclérose envahissante un peu plus prononcée dans les cas de Barié que dans ceux de Pierret et l'on explique tous les phénomènes présentés par les malades. La diarrhée, la sialorrhée, les sueurs seraient les signes cliniques les plus fréquents, ceux qui sont en rapport avec une lésion relativement peu avancée, la tachycardie, le goitre, l'exophthalmie, et en un mot les désordres vasculaires seraient les manifestations d'une sclérose étendue, d'une forme plus grave. Ne pas oublier, à ce propos, combien la diarrhée et les sueurs profuses sont fréquentes pendant l'évolution de la maladie de Basedow.

M. Barié pense que le goître exophthalmique, dans l'ataxie, est lié, au moins au début, à une simple hypérémie congestive de la région bulbaire; il fonde son hypothèse sur ce fait que quelques-unes de ses manifestations cliniques, même des plus importantes, ont pu s'amender sous l'influence des moyens thérapeutiques qui agissent sur les petits vaisseaux et sur les capillaires, tels que l'ergot de seigle et la faradisation. Une observation publiée par Cheadle (*Saint-George's Hosp. Reports*, 1878), vient à l'appui de cette théorie. Il s'agit d'une femme qui, atteinte depuis plusieurs années de la maladie de Basedow, succomba dans la cachexie après avoir présenté une série de troubles viscéraux des plus graves. La moelle et le bulbe présentèrent seuls des lésions, visibles seulement à l'examen histologique. « Dans la portion supérieure du bulbe, au voisinage de la protubérance, les cellules étaient claires et à contours nets. Au-dessous du plancher ventriculaire, vers le point d'émergence du nerf facial, quelques cellules paraissaient atrophiées. La modification la plus frappante était la dilatation considérable des vaisseaux qui offraient le double de diamètre des capillaires normaux du bulbe. Il en était de même dans la région correspondante à l'origine du nerf pneumogastrique: sur tous ces points se voyait une hypérémie extrême, sans atrophie ni lésions cellulaires. Les mêmes modifications vasculaires existaient dans la moelle cervicale et dans la moelle dorsale. L'examen des ganglions du grand sympathique ne fit découvrir aucune altération spéciale. »

M. H. Rendu, dans son article du Dictionnaire encyclopédique, fait suivre cette observation de cette remarque, qu'il est permis de supposer que, dans un certain nombre de cas d'autopsies en apparence négatives, des modifications circulatoires existent dans la moelle allongée, ces lésions n'étant pas visibles à l'œil nu. Et ce qui fait penser qu'il a raison c'est que M. Barié a précisément eu l'occasion de rencontrer une dilatation remarquable des vaisseaux du plancher du bulbe, avec congestion manifeste de toute l'étendue de cette zone, chez une femme morte de goître exophthalmique.

Il est inutile de rappeler ici les expériences bien connues de Filehne, qui provoquait de l'exophthalmie et même une tuméfaction notable de la glande thyroïde, en sectionnant les corps restiformes. Elles auraient besoin d'être reprises et confirmées. Elles semblent toutefois indiquer que les altérations anatomiques limitées à certaines régions du bulbe peuvent déterminer les symptômes du goître.

Il résulte de ces faits que l'on peut admettre que le goître exophthalmique vient compliquer l'ataxie locomotrice quand certaines parties du faisceau bulbaire du grand sympathique ou le noyau original du pneumogastrique sont atteints par la sclérose, ou bien sont seulement le siége de troubles circulatoires. Ce qu'on sait des complications du tabes et des lésions qui l'accompagnent, ce qu'on sait d'autre part de la physiologie pathologique de la maladie de Basedow, vient à l'appui de cette conclusion.

(*A suivre.*) Georges Lemoine.

éclat à la seule guérison du comte de Périgord, commandant du Languedoc. Bouvard voyait avec quelque jalousie s'élever une réputation qui commençait d'éclipser la sienne. On lui demanda ce qu'il pensait du nouveau venu. « Ce que je pense de M. Barthez, répondit-il avec son air grave et malin, c'est qu'il a bien de l'esprit, beaucoup de connaissances, qu'il sait beaucoup de choses, et même un peu de médecine. » On attribue un mot encore plus piquant à Bouvard. On prétend qu'il répondit au cardinal de ***, prélat peu régulier (d'autres disent à l'abbé Terray), qui se plaignait de souffrir comme un *damné* : « Quoi ! déjà, Monseigneur ? » Pour moi, je crois bien qu'il a pu dire cela d'un de ses malades, mais non pas le lui répondre ; les mœurs s'y opposaient. Les inférieurs faisaient quelquefois des réponses très caustiques, mais point sans y être provoqués par des railleries.

Lorry avait un caractère tout différent, ses plaisanteries étaient douces et ses manières insinuantes. Il avait le talent d'égayer ses convalescents et de consoler ses malades ; il entrait dans leurs peines, partageait, pour ainsi dire leurs souffrances, et il les dépeignait avec une telle exactitude qu'il semblait les ressentir lui-même. C'est ce qui fit dire à la comtesse de C**, en le recommandant à une de ses amies : « Ce pauvre M. Lorry, il est si au fait de tous nos maux que l'on dirait qu'il a lui-même accouché. »

J'ai oublié de dire, en parlant de Bordeu, que sa mort fut presque un suicide. Il revenait des eaux, qu'il avait été prendre pour se délivrer de violents maux de tête dont il était tourmenté. Il paraissait mieux ; mais il était loin d'être guéri, et même, quelqu'un lui ayant demandé des nouvelles de sa santé : « Ne soyez pas étonné, répondit-il, si l'on vous apprend, non pas que Bordeu est malade, mais qu'il est mort. » Cela ne tarda guère ; il se mit un vésicatoire à la nuque, et il expira dans la nuit. S'il ne voulait pas se tuer, comme plusieurs personnes l'ont cru, au moins connaissait-il le danger de ce remède dans son état. Mais un ouvrage important qu'il voulait terminer et ses nombreuses visites absorbaient tout son temps ; il ne lui restait point celui de suivre un traitement moins hasardeux, mais beaucoup plus long ; il risqua le tout pour le tout, la vie contre la santé. On trouva alors que c'était un acte de folie, et sans doute qu'on le trouve encore... (1)

(1) Sur le dernier voyage et la mort de Bordeu on consultera fructueusement un feuilleton du Dr Guardia dans la *Gazette médicale* de 1866, p. 159.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DEUX CAS DE SCLÉRODERMIE SEMI-ANNULAIRE (1) AVEC MALFORMATIONS CONGÉNITALES, par le Docteur F. LEPRÉVOST, chirurgien de l'Hospice général du Havre.

Depuis que, vers 1867, Da Silva Lima, a pour la première fois décrit l'affection singulière aujourd'hui désignée sous le nom barbare *d'aïnhum*, les travaux qui se sont multipliés sur ce sujet, et en particulier, les relations des médecins de notre marine, ont rappelé l'attention sur différents vices de conformation avec lesquels l'aïnhum n'est pas sans analogie.

La rareté relative de ces malformations caractérisées, tantôt par l'étranglement circonférenciel, tantôt par l'absence totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, l'intérêt d'actualité qui s'attache à leur étude, depuis la communication de M. Lannelongue et celles, toutes récentes, de M. le professeur Proust et de M. Legroux, m'engagent à publier deux faits qu'il m'a été donné de rencontrer presque simultanément.

Les deux observations dont il s'agit n'offrent pas un égal intérêt. La première, fort incomplète, est celle d'une fille de 3 ans qui ne m'a été présentée qu'une seule fois et que j'ai perdue de vue. Au contraire, je dois à l'obligeance de mon distingué confrère, le docteur Gibert, au dispensaire duquel il a été traité, d'avoir pu, pendant plus d'une année, examiner à mon aise et suivre de près le malade qui fait l'objet de ma seconde observation.

OBS. I. — *Sclérodermie semi-annulaire des quatre membres chez une fille de 3 ans hydrocéphale.* — Le 3 août 1888, Mme X..., vient me prier d'examiner sa fille, qui, bien qu'âgée de 3 ans, ne marche pas encore.

La tête de cette enfant présente un volume considérable. Elle mesure 53 centimètres de circonférence; trois mois après la naissance, elle en mesurait déjà 45, mais il semble que, depuis quelques mois, l'accroissement ait cessé; tout au moins, il s'est ralenti. Le front bombé est très proéminent; la fontanelle antérieure est large et souple. Comparés à la longueur du tronc dont le développement est normal, les bras et les jambes sont d'une brièveté remarquable; ce sont les membres d'une naine. Le ventre est volumineux et l'on constate, au niveau des extrémités costales, aux poignets et aux chevilles, un gonflement marqué des épiphyses.

Jusqu'à l'âge de 8 mois, la petite malade paraissait incapable de remuer les bras ou de fermer les mains. Elle ne pouvait soutenir sa tête ballottante en tous sens. Peu à peu, elle est devenue plus habile et plus forte et, à l'heure actuelle, elle se sert de ses mains, porte la tête correctement, et paraît intelligente.

Malheureusement du côté des jambes, l'impotence est complète. L'enfant place bien ses pieds pour la marche, mais elle ne peut se soutenir et s'affaisse dès qu'on l'abandonne. Les genoux offrent une telle laxité articulaire, qu'on peut tourner la jambe dans toutes les directions. Les membres inférieurs sont cependant assez volumineux, et, à part leur extrême brièveté, sembleraient normaux, sans la présence, à la partie moyenne des cuisses, d'un sillon étroit et profond dont les lèvres, renflées en bourrelet, arrivent au contact.

Une dépression exactement semblable se dessine à la partie moyenne des deux bras.

Ces sillons, disposés symétriquement, n'embrassent que les deux tiers internes de la circonférence des bras et des cuisses. La garde les avait remarqués et signalés aussitôt après la naissance de l'enfant, et la mère, qui les a soigneusement observés depuis, affirme que leur profondeur relative est restée la même, et qu'ils ne se sont pas étendus dans le sens transversal.

Mme X...., aurait été fortement impressionnée pendant sa grossesse à la vue d'un enfant hydrocéphale; elle aurait, en outre, été effrayée par un chien, au point d'éprouver une violente crise de nerfs; elle rapporte, naturellement, à ces émotions morales les malformations dont sa fille est atteinte.

Je n'ai pas revu cette petite malade, et n'ayant pu compléter son observation, je me borne ici, pour tout commentaire, à noter la disposition symétrique, et incomplètement circonférencielle des brides congénitales et à souligner leur coexistence avec l'hydrocéphalie; la simultanéité de ces lésions a d'ailleur été déjà relevée par plusieurs observateurs.

OBS. II. — *Sclérodermie semi-annulaire de la cuisse, des doigts et des orteils. — Pied bot varus; syndactylie, amputations congénitales des phalanges. — Bec de lièvre labio-palatin, chez un garçon de 7 ans.* — Adolphe A.... était âgé de 6 ans lorsque je l'examinai pour la première fois au mois de mars 1888. Il est l'aîné de 4 enfants, tous bien portants, et dont aucun ne présente de déformation congénitale. Le père et la mère, de bonne santé, ne sont unis par aucun lien de consanguinité. Mme A...., pendant sa

(1) Sclérodermie annulaire est le nom proposé par Verneuil et Fontan pour désigner l'aïnhum.

Le sujet que je traite me conduit à parler des singuliers effets que produisit la Révolution sur la santé des gens du monde. Il était vraisemblable que toutes ces personnes délicates et languissantes ne pourraient point survivre à la perte de l'aisance et des commodités de la vie; loin de cela, celles qui restèrent en France supportèrent sans en paraître affectées les privations de tous genres, les rigueurs de toute espèce, la misère et la captivité, tandis que celles qui se trouvèrent transplantées loin de leur patrie, sous un ciel étranger, et la plupart sous un climat rigoureux, s'exposèrent sans inconvénients aux intempéries des saisons, et retrouvèrent l'usage de leurs jambes qu'elles croyaient perdu. Jamais expérience en faveur de la tempérance et de l'exercice ne fut faite en grand et plus chèrement payée; elle est sans doute décisive. Ajoutez que presque toutes ces personnes se plaignaient de vapeurs et de maux de nerfs. Des incommodités de ce genre devaient s'augmenter dans un temps de malheur et d'inquiétudes, où l'on craignait avec tant de raisons pour soi et les siens, et où des spectacles déchirants étaient sans cesse sous les yeux. D'autres diraient peut-être que ces anciennes souffrances n'étaient que des simagrées. Cette explication serait plus commode; mais je ne la crois pas fondée, du moins pour la plus grande partie.

Si l'on ne peut pas citer M. Dubreuil parmi les grands médecins, il n'en est pas moins vrai qu'il jouissait de la plus haute réputation dans une partie de la grande société, et, comme les personnes étaient des plus exaltées, leur enthousiasme pour lui était inconcevable. Sa mort prématurée empêcha le public d'apprécier l'étendue de ses talents, et il est plus célèbre dans les fastes de l'amitié que dans ceux de la médecine. Il vivait, depuis plusieurs années, à Saint-Germain, avec un M. Pechmeja (1), de Lyon, et ils y donnaient l'exemple de l'union la plus intime et la plus touchante. Lorsque M. Dubreuil fut attaqué de la maladie dont il mourut, à peine frappé, il connut le danger de son état et dit à Pechmeja: « Mon ami, faites retirer tout le monde; ma maladie est contagieuse; vous seul devez rester ici. » Pechmeja s'enferma dans la chambre fatale, soigna son ami et mourut après lui. J'ai entendu porter des jugements bien différents sur cette action de M. Dubreuil: les uns la regardent comme suffisamment autorisée

(1) Auteur de *Téléphe*, roman moral.

première grossesse, n'a subi aucun choc, aucune violence, dont elle ait gardé le souvenir, et contrairement à ce qui s'observe d'habitude, elle ne rattache les infirmités de son fils à aucune émotion morale.

Les malformations que présente le jeune A..... sont multiples et variées. Elles portent sur la face, sur la main gauche, sur la cuisse droite et le pied correspondant, enfin sur le pied gauche.

En voici l'énumération et la description sommaire, dont la figure ci-contre donnera une idée suffisante :

1° *Face*. — Un bec-de-lièvre complexe, véritable *gueule de loup* portant sur la partie gauche de la lèvre supérieure, sur la voûte et sur le voile du palais Les incisives fortement déviées en avant sont presque horizontales.

2° *Main gauche*. — Les déformations portent exclusivement sur le *pouce* et sur *l'annulaire*.

a Le *pouce*, gros et court, n'a qu'une seule phalange ; il se termine par une sorte de houppe cutanée, sans pédicule, et dont la demi-circonférence inférieure est circonscrite par un sillon peu profond et mal dessiné. Cette masse tégumentaire glisse quand on la presse sur l'extrémité de la phalange ; mais les mouvements de flexion du pouce ne lui impriment aucun déplacement. A sa surface on ne découvre aucune cicatrice ; sa sensibilité tactile paraît obtuse.

b *L'annulaire* a ses trois phalanges. Il est plus grêle que le petit doigt, surtout à son extrémité terminale qui est effilée, et recouverte d'un ongle rosé, étroit et très convexe transversalement. Sur les bords de cet ongle, et vers sa partie moyenne, viennent se perdre les extrémités d'un *sillon* qui se continue sur la face palmaire où il contourne une sorte de lobule charnu, d'un rose intense, formé par la pulpe de l'annulaire ; de sorte que ce doigt effilé à la face dorsale, est au contraire renflé en forme de massue à l'extrémité terminale de sa face palmaire.

3° *Cuisse droite*. — A un centimètre environ au-dessus de la base de la rotule se trouve un sillon assez profond pour recevoir le médius, et au fond duquel on constate, après l'écartement de ses bords, une cicatrice linéaire longue de 6 centimètres environ, dernier vestige d'une ulcération qui existait au moment de la naissance et que l'accoucheur aurait attribuée à l'enroulement du cordon autour de la cuisse.

Cette dépression est transversale, mais elle ne se continue pas sur tout le pourtour de la cuisse ; elle s'atténue sur les faces latérales et disparaît au niveau de la partie moyenne de la face postérieure. Elle occupe un peu plus des deux tiers de la circonférence de la cuisse. Elle n'empêche pas l'extension parfaite de la jambe, ce qui prouve que le triceps fémoral a conservé son action. La marche est possible et même facile malgré les lésions des pieds qu'il reste à décrire.



4° *Pied droit*. — Le pied droit est en *varus* ; son bord externe devenu inférieur disparaît en partie sous une masse molle et comme lipomateuse, sur laquelle repose le pied dans la marche et la station debout et qui, faisant office de talon, s'est recouverte à la longue, d'une sorte de carapace épidermique épaisse et résistante.

Les *orteils* paraissent bien conformés, mais en les examinant d'un peu près, on découvre sur la face dorsale des deuxième, troisième et quatrième, un sillon superficiel qui semble tracé avec la pointe d'une aiguille, mais qui pourtant se distingue nettement des plis articulaires normaux. Il forme, comme les précédents, et à l'encontre de ce qui s'observe le plus communément, un cercle incomplet. On ne le retrouve pas à la face palmaire de ces mêmes orteils, et, en cela, il se différencie des sillons de l'aïnhum qui débutent presque toujours par la face inférieure et se rencontrent le plus souvent — da Silva disait à

---

par une héroïque amitié ; d'autres, au contraire, y voient un égoïsme cruel ; suivant eux, Dubreuil aurait dû exiger de son ami de s'éloigner avec les autres. Mais quoi ! dans une union fondée sur la vertu, l'honneur d'un ami ne doit-il pas nous être aussi cher que le nôtre ? Dubreuil devait être affligé de cette circonstance qui faisait partager ses dangers à son ami ; mais comment soupçonner que le calcul barbare de profiter des soins de celui qu'il aimait, au risque de le perdre, soit venu dans son esprit ? Non, tout dément cette accusation atroce, et c'était par intérêt pour Pechmeja qu'il l'exposait à périr avec lui.

Maintenant, mon cher Directeur, dans les mois où nous vivons, en serions-nous à discuter sur le point de savoir lequel l'emporte ou du dévouement de la victime volontaire ou de la délicatesse relative du malade qui se laisse soigner? J'en doute. Aussi bien ces questions sont-elles d'un autre temps. En effet, l'écrivain qui les traitait, celui dont on vient de lire la prose que je n'ai fait que transcrire, n'est autre qu'un duc et pair, membre de l'Académie française. Je termine donc ma supercherie en vous avouant que l'auteur du feuilleton d'aujourd'hui quoique si *plein d'actualité* (voilà notre français à nous décadents) est ce duc de Lévis qui, né en quelque sorte à la cour (en 1764)(1), avait 25 ans lorsque la Révolution éclata. Entiché de noblesse et il en avait le droit, il n'en peignit pas moins sous des traits peu flatteurs dans ses *Souvenirs et Portraits*, la cour de Louis XVI, et celle de Louis XVIII et de Charles X.

Il nous a paru intéressant de faire connaître *in extenso* l'opinion d'un contemporain de cette période de transition, qui s'étend du régime absolu au régime parlementaire à travers la tourmente révolutionnaire et le despotisme impérial. Pouvais-je mieux faire que d'emprunter la plume d'un académicien (2).

Nos lecteurs seront, je l'espère, de mon avis. Ce sera mon excuse et ma justification.

Votre bien dévoué,
Dr ALBERTUS.

(1) La plupart des biographes vieillissent de neuf ans Pierre-Marc-Gaston duc de Lévis, en le faisant naître en 1755. Je préfère adopter la date donnée par la biographie Michaud, ou le signataire de l'article *Lévis* (tome 71) parait avoir puisé aux sources.

(2) Le duc de Lévis fut, en effet, nommé membre de l'Académie française en 1816, par le décret royal qui comblait les vides faits par la politique. Il mourut à l'Elysée-Bourbon le 15 février 1830, en pleine vigueur intellectuelle.

tort exclusivement, — au niveau du petit orteil. Or, et c'est un détail qu'on pourrait opposer aux identistes, chez notre malade, les petits orteils sont, avec le gros orteil droit, les seuls irréprochables.

5° *Pied gauche.* — Les particularités à noter sur le pied gauche portent exclusivement sur les orteils. Le cinquième seul est normalement développé. Les quatre premiers, complètement fusionnés, sont inclus dans une sorte de manchon cutané. On ne remarque, à la surface du moignon ainsi formé d'antre irrégularité qu'une dépression linéaire, peu profonde et visible sur la face palmaire et sur la face dorsale. Elle correspond au troisième espace interdigital ; il semble qu'il y ait eu, en ce point, fusion par adhérence du 3e et du 4e orteil, selon le mécanisme déjà décrit par M. Maurice Longuet. Sur les autres doigts, la peau passe de l'un à l'antre sans aucune ligne de démarcation. Le moignon constitué par l'accollement de ces quatre orteils est remarquablement court, et il est aisé de se rendre compte, à travers la peau très souple, que les phalangettes font défaut. Il n'y a pas seulement *syndactylie*, mais encore *brachydactylie*.

Tel était l'état des parties lorsque je les examinai, pour la première fois, au commencement de l'année dernière. Je viens de revoir le jeune malade. Il a notablement grandi ; opéré de son bec-de-lièvre, au dispensaire du Dr Gibert, il a perdu son aspect repoussant, mais la fissure palatine persiste. Les autres lésions présentent toujours la même physionomie. Les sillons, notamment, ne sont ni plus profonds, ni plus étendus dans le sens transversal. Pour ne parler que du sillon crural, les mensurations reproduisent toujours le même écart de 9 centimètres, entre la circonférence de la cuisse comparée au-dessus et au niveau de la dépression ; mais le volume du membre a augmenté, il mesure actuellement 27 centimètres au-dessus, et 18 centimètres dans le fond du sillon.

Il importe de signaler pourtant l'apparition, dans le cours de l'hiver dernier, au niveau de la face dorsale du pied droit, d'un peu d'œdème et de quelques ulcérations superficielles. Ces lésions, que la mère du malade considère comme des engelures et qui paraissent être d'ordre trophique, m'ont, à certain moment, donné des inquiétudes sur l'avenir de la nutrition des parties situées au-dessous de la bride congénitale, et m'ont fait songer, à l'exemple de mon cher maître M. Reclus, à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Je n'ai pas donné suite à cette idée, et bien m'en a pris, car ces ulcérations, sous l'influence d'un traitement local approprié, se sont peu à peu améliorées, et si le membre droit reste toujours plus grêle que son congénère, il n'en est pas moins en voie d'accroissement, ce qui prouve que sa nutrition s'opère dans des conditions suffisantes. Cet heureux résultat est dû sans doute à ce que le sillon étant limité aux faces antérieure et latérales de la cuisse, les vaisseaux et nerfs ne subissent aucune action constrictive dans la traversée du creux poplité. Peut-être n'en sera-t-il pas toujours ainsi, et des exemples nombreux autorisent à craindre que les strictures jusqu'ici stationnaires et semi-annulaires ne finissent à la longue par devenir circonférencielles et véritablement amputantes. Menzel, cité par Beauregard, n'a-t-il pas observé une femme qui vit, à 44 ans, se couper le pédicule du médius droit étreint depuis l'enfance par une bride congénitale et Guyot ne rapporte-t-il pas un cas d'amputation survenu dans les mêmes circonstances 16 ans après la naissance.

En constatant, chez le jeune Adolphe A...., d'une part, l'absence congénitale de certaines phalanges, d'autre part, la présence de nombreuses brides dont la puissance rétractile est démontrée par de nombreux exemples, il était naturel de se demander si la première lésion n'était pas la conséquence des secondes ; autrement dit, si la brachydactylie n'est pas le résultat d'une véritable amputation intra-utérine des phalangettes, par les sillons sclérodermiques ?

L'examen attentif des moignons permet d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi, que ces malformations sont distinctes et qu'il n'existe entre elles aucune relation de cause à effet.

Les sillons congénitaux produisent la chute des parties qu'ils étreignent de deux manières différentes : ou bien, comme dans l'aïnhum, on voit la partie étranglée s'atrophier, les os s'amincir et disparaître ; la masse charnue est alors sans squelette ; du tissu graisseux remplace la trame lamineuse primitive et l'on se croirait en présence de quelque molluscum ou d'un lipome bizarre (Reclus) ; ou bien, sous l'influence d'une constriction de plus en plus énergique, le pédicule s'amincit au point de disparaître et la partie étranglée tombe en laissant une cicatrice, témoignage indélébile de la scission qui s'est faite en ce point. P. Dubois a saisi, sur le fait, le mécanisme de ce phénomène. « Chez un nouveau-né, les doigts médius et annulaire gauches étaient réduits à la première phalange. L'extrémité libre de celle-ci était arrondie, recouverte par la peau dans la plus grande partie de son étendue ; mais au centre de cette sorte de moignon, on voyait une petite plaie encore humide de sang, ce qui attestait une séparation récente des phalanges. » (Polaillon). Dans un autre cas du professeur Martin, un enfant naquit avec le bras amputé vers le tiers inférieur de l'humérus. On observait au centre du moignon une petite plaie à travers laquelle l'extrémité de l'os faisait saillie.

Ce qui différencie essentiellement les amputations congénitales des anomalies ectroméliennes ou par arrêt de développement, décrites, à tort, sous le même nom, c'est donc, à défaut du mince tubercule pédiculé dont nous avons exposé l'origine, la présence d'une cicatrice sur un point quelconque du moignon. Or, chez notre malade, ces deux caractères primordiaux faisant également défaut, l'on peut conclure à une anomalie par arrêt de développement et ce qui rend ici cette hypothèse plus vraisemblable encore, c'est la coexistence d'un bec-de-lièvre.

Cette dernière malformation qui, en raison de sa fréquence et de son mécanisme, peut être considérée comme le prototype des anomalies par arrêt de développement, ne paraît pas avoir été souvent rencontrée simultanément avec la sclérodermie annulaire ; du moins, il n'en est pas fait mention dans les observations que j'ai sous les yeux et dans lesquelles le spina-bifida, l'hydrocéphalie, la syndactylie surtout, sont tour à tour signalés. Elle est ici comme la signature pathogénique des lésions présentées par notre jeune malade et qui, en raison de leur multiplicité même, échappent aux hypothèses anciennes de la constriction par le cordon ombilical ou par des néo-membranes d'origine placentaire.

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE L'ESTOMAC.

I. — UN NOUVEAU RÉACTIF POUR LA RECHERCHE DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE DANS LE CONTENU DE L'ESTOMAC, par le Dr BOAS, *Centralblatt für Klin. Medicin*, 1888, n° 45.

II. — CONTRIBUTION A L'EXPLORATION PHYSIQUE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN, par le Dr OBRATZEW. *Deutsche Archiv. für Klin. Medicin.* T. 43, fasc. 4 et 5, p. 417, 1888.

III. — Influence de la galvanisation de l'estomac sur la sécrétion du suc gastrique, par le Dr Hoffmann. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, nos 12 et 13.

IV. — Qu'est-ce qui préserve l'estomac contre l'auto-digestion? par le Dr Sehrwald. *Münchner medic. Wochenschrift*, 1888, nos 44 et 45.

V. — Influence de l'alimentation sur le développement de l'ulcère rond de l'estomac, par le Dr von Sohlern. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, nos 13 et 14.

I. — M. Boas a imaginé un nouveau réactif pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, réactif aussi sûr et beaucoup plus simple que ceux en usage jusqu'alors. Voici en quoi consiste la chose.

Quand on mélange 5 ou 6 gouttes de contenu de l'estomac avec 2 on 3 gouttes d'une solution de résorcine, en présence du sucre de raisin, et qu'on chauffe légèrement le mélange dans un godet en porcelaine, on voit se former une tache brillante rosée ou rouge, qui se décolore au moment du refroidissement. La réaction ne se produit pas ou se produit mal, lorsqu'on chauffe trop fort. On peut procéder autrement, tremper une bande de papier buvard dans le contenu acide de l'estomac, laisser tomber sur la bandelette 1 ou 2 gouttes d'une solution de résorcine, et chauffer légèrement. Si le contenu de l'estomac renferme de l'acide chlorhydrique, on verra apparaître une tache violette, qui tourne au rouge au fur et à mesure qu'on chauffe, et qui persiste quand on ajoute de l'éther.

Ce réactif a donné des résultats très nets dans deux cas où l'emploi des autres procédés connus n'avait pas fait révéler la présence de l'acide chlorhydrique. La réaction ne se produit pas avec les acides organiques, mais bien avec les autres acides minéraux (sulfurique, phosphorique, nitrique).

On peut aussi faire avaler au sujet examiné 0, gr. 2 de résorcine et 0, gr. 1 de sucre de raisin, contenus dans une capsule gélatineuse, et cela quelques minutes avant d'extraire le contenu de l'estomac avec la sonde. Quelques gouttes de ce contenu, filtrées et chauffées comme il a été dit plus haut, donneront, s'il y a lieu, la réaction indiquée ci-dessus.

II. M. Obratzow emploie, pour le diagnostic des maladies de l'estomac, la méthode suivante d'exploration physique :

Quand on presse avec les doigts sur la paroi abdominale, dans une direction perpendiculaire, là où l'estomac est en contact avec cette paroi, on éprouve la sensation que développe le contact d'une poche liquide, en admettant que liquide il y ait dans l'estomac. De plus, la percussion opérée par les doigts sur la surface lisse de la paroi antérieure de l'estomac donne naissance à un phénomène acoustique (clapotage par percussion). Pour tirer parti de ce phénomène acoustique, le mieux est de procéder de la façon suivante : On examine le sujet à jeun, couché sur le dos, les cuisses légèrement fléchies et on constate l'absence du bruit en question. On fait ensuite avaler au sujet, un ou deux verres d'eau ou de lait ; puis on applique sur l'épigastre les quatre derniers doigts de la main droite, un peu fléchis et maintenus écartés, et on les promène de haut en bas, jusqu'à la limite où on cesse de percevoir le bruit de clapotage par percussion. La main gauche sera maintenue, fixée sur la région du sternum, ou sur la région épigastrique, de manière à immobiliser les viscères abdominaux. Les résultats que l'auteur prétend avoir obtenus avec ce mode d'exploration portent que:

Dans les deux sexes, la limite inférieure de l'estomac atteint presque toujours le tiers inférieur de la région sus-ombilicale ; chez les hommes des classes moyennes, cette limite occupe presque toujours un niveau plus élevé que chez les femmes des mêmes conditions ; de même, chez les ouvrières l'estomac descend moins bas que chez les femmes des classes aisées. Chez les enfants au-dessous de quinze ans, il est rare que la limite inférieure de l'estomac atteigne l'ombilic ; au-delà de 50 ans, c'est le contraire qui a lieu. Les grossesses, certains états pathologiques (emphysème, pleurésie, pneumothorax etc.) contribuent à abaisser la limite inférieure de l'estomac, mais c'est surtout la conformation générale du corps et l'état général qui exercent une influence considérable dans ce sens.

III. — L'influence de la galvanisation de l'estomac sur la sécrétion du suc gastrique a été fort peu étudiée jusqu'ici. Les expériences de M. Hoffmann ont eu pour but de combler cette lacune. Ces expériences ont porté à la fois sur des chiens et des hommes.

Sur un chien muni d'une fistule stomacale, M. Hoffmann a constaté que l'application de deux larges électrodes sur la région de l'estomac n'exerçait aucune influence sur l'écoulement de liquide qui se faisait par la fistule, tant que le courant ne passait pas. Au contraire, quand on faisait passer un couran électrique dont l'intensité était portée progressivement à 40 milliampères, au bout de sept minutes il s'écoulait par la fistule un liquide offrant toutes les réactions du suc gastrique.

Des essais analogues ont été faits sur des sujets de notre espèce non porteurs d'une fistule gastrique. Mais pour que les résultats pussent être regardés comme concluants, il fallait résoudre une question préalable : l'estomac à jeun secrète-t-il, oui ou non, du suc gastrique? La plupart de ceux, physiologistes ou pathologistes, qui se sont occupés de cette question (Beaumont, Richet, Kretchy, Leube, Ewald, Riegel, etc.), l'ont tranchée par la négative. Seuls, Schreiber et Rosin, en Allemagne, ont prétendu que, même à jeun, l'estomac sécrète des quantités variables de suc gastrique. Les recherches que l'auteur a faites pour se renseigner sur ce point l'ont amené à conclure que la sécrétion de suc gastrique, dans l'estomac à jeun, n'a lieu qu'exceptionnellement et dans des circonstances pathologiques.

Cela étant, M. Hoffmann s'est assuré la collaboration d'un certain nombre de personnes dont les fonctions de l'estomac avaient été préalablement reconnues comme étant normales, et il les a soumises à l'expérience suivante : Un certain jour, le sujet étant couché sur le côté, on lui appliquait sur le dos une large électrode de 25 et 20 centimètres de côté, mise en communication avec le pôle positif d'une pile ; l'autre électrode, moins grande, de 20 et 15 centimètres, en communication avec le pôle négatif, était appliquée sur la région de l'estomac. Puis on faisait passer, pendant vingt minutes, un courant dont l'intensité était portée progressivement, et avec beaucoup de précautions, jusqu'à 50 milliampères. La plupart des sujets ont supporté avec la plus grande facilité ces intensités de courant ; chez quelques-uns, il a fallu recourir à des intensités moindres. Immédiatement après la séance, on introduisait dans l'estomac une sonde molle, en évitant de provoquer des contractions abdominales. Le sujet avait été habitué au sondage de l'estomac. On extrayait ainsi le contenu de l'estomac. Le lendemain et pendant plusieurs jours consécutifs, on se bornait au seul cathétérisme de l'estomac, pour recueillir le contenu de cet organe à jeun. Ces expériences ont démontré que, chez les personnes dont l'estomac ne fournissait, dans les circonstances ordinaires et à jeun, que quelques gouttes de suc gastrique, on recueillait, à la suite d'une séance de galvanisation de l'estomac, des quantités relativement considérables d'un liquide acide, qui donnait les réactions

de l'acide chlorhydrique et qui se prêtait très bien à la digestion de l'albumine.

Donc, le courant galvanique, quand il est appliqué pendant un temps assez long et avec une intensité suffisante, excite la sécrétion du suc gastrique. L'auteur s'est demandé dans quelles circonstances on pourrait utilement mettre à profit cette propriété du courant de pile. On sait que dans les cas de cancer de l'estomac, la sécrétion du suc gastrique est presque toujours tarie. Les essais de galvanisation faits par l'auteur, chez trois cancéreux, n'ont pas donné de résultats bien encourageants, ainsi qu'on pouvait le prévoir, étant donnée la nature des lésions. M. Hoffmann espère qu'on obtiendra de meilleurs résultats dans les dyspepsies et les simples catarrhes chroniques qui s'accompagnent d'une diminution de la sécrétion acide de l'estomac; bien plus, il espère qu'on obtiendra de bons résultats même dans les cas d'hyperacidité avec sécrétion continue de suc gastrique, grâce à la régularisation imprimée aux fonctions sécrétoires de l'estomac par l'application du courant galvanique.

IV. — En expérimentant sur des animaux, M. Sehrwald croit avoir acquis la preuve que les courants qui s'établissent entre le sang, liquide alcalin, et le contenu acide de l'estomac, n'obéissent pas uniquement aux lois de la diffusion. L'épithélium de la muqueuse stomacale entrave la neutralisation réciproque de ces deux milieux, l'un alcalin, l'autre acide. Les cellules épithéliales, en vertu de leur activité propre, s'opposent ainsi à la diminution de l'alcalescence du sang et à la diminution de l'acidité du contenu de l'estomac. La muqueuse de cet organe est préservée contre l'auto-digestion, à la fois par l'alcalescence du sang et par la présence de l'épithélium, qui n'agit pas à la manière d'un revêtement inerte, mais en vertu de son activité vitale. Toute cause de mortification de cet épithélium pourra engendrer un ulcère de l'estomac; ainsi la suppression de l'afflux sanguin, les insultes mécaniques, thermiques, le contact de l'alcool, de certains poisons, et aussi les troubles de l'innervation trophique de l'estomac. L'existence de nerfs trophiques destinés à l'estomac, si elle n'est pas démontrée, s'impose, et il est très vraisemblable que ces nerfs trophiques, de même que les ramifications vasculaires destinées à l'estomac, se distribuent à des zônes circulaires, d'où la forme arrondie des ulcères gastriques.

V. Il ne manque pas, du reste, de théories sur la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. Une des plus accréditées fait intervenir dans le développement de l'ulcère simple, deux genres d'influences: une influence dyscrasique, modification de la crasse sanguine, telle qu'elle se trouve réalisée dans certaines formes d'anémie et dans la chlorose; des influences occasionnelles locales, produisant dans les couches superficielles de la face interne de l'estomac des ulcérations hémorrhagiques ou autres.

Les *ingesta* peuvent intervenir à ce double titre, comme modificateurs de la crasse sanguine et comme agents d'irritation locale. Il serait dès lors intéressant de connaître le rapport qui existe entre les différents régimes alimentaires et la fréquence de l'ulcère rond. M. Von Sohlern a fait une sorte d'enquête dans cette voie: il s'est adressé à un certain nombre de médecins et d'anatomo-pathologistes russes, pour savoir ce qu'il y a de vrai de ce qu'on dit de la grande rareté de l'ulcère rond, dans certains districts de la Russie. Tous les renseignements recueillis concordent à présenter cette rareté comme un fait réel. Ainsi, à titre d'exemple, nous citerons la statistique de M. Winogranoff, prosecteur à l'hôpital Obuchow de Saint-Pétersbourg: sur environ 900 autopsies qui se font chaque année dans ledit hôpital, on compte tout au plus un ou deux cas d'ulcère rond. De même, M. Petersen, prosecteur à l'hôpital Alexandre, n'a relevé que 3 cas d'ulcère rond sur un total d'environ 6.000 autopsies.

Les renseignements recueillis par l'auteur auprès des médecins qui pratiquent dans deux districts de la Bavière, celui du Rhön et la région des Alpes Bavaroises, établissent également avec une unanimité frappante, l'extrême rareté de l'ulcère rond dans ces deux contrées.

Or, dans la grande Russie, comme dans les deux districts bavarois cités à l'instant, l'alimentation des habitants est presque exclusivement végétale; l'usage de la viande est tout-à-fait exceptionnel. Les conditions climatériques sont, du reste, très dissemblables dans ces différents pays, l'alimentation elle-même y est très variée. Une circonstance est commune aux régimes alimentaires de ces populations qui fournissent un si faible contingent à l'ulcère rond, c'est la richesse de leur alimentation en potasse. C'est aussi à cette circonstance que lesdites populations seraient redevables de leur immunité relative contre l'ulcère rond. L'auteur a étayé cette théorie sur toutes sortes de raisons intuitives que je crois superflu de reproduire.

(*A suivre*). E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'histologie pratique, par J. Renaut, professeur d'Anatomie générale à la Faculté de médecine de Lyon. (Lecrosnier et Babé, Paris, 1889.)

Quand, il y aura bientôt douze ans, le professeur Renaut ouvrit à la Faculté de médecine de Lyon son cours d'anatomie générale, il le fit en présence d'un auditoire qui était tenté de regarder l'histologie comme une science de luxe, faite d'abstractions, et sans rapport avec la clinique, alors l'unique souci des médecins lyonnais. Cette prévention s'évanouit rapidement. L'éminent professeur, aussi médecin qu'histologiste, ne tarda pas à faire comprendre à ceux qui se pressaient en foule à ses leçons que l'anatomie générale était à la médecine ce que l'anatomie topographique est à la chirurgie et qu'il était indispensable, pour faire de la bonne clinique, de s'appuyer sur une connaissance approfondie de la texture des organes et de la vie des tissus. Il sut vite faire aimer la science qu'il enseignait parce qu'il sut en montrer le charme et l'utilité; aujourd'hui toute la jeune génération des médecins lyonnais dont je m'honore de faire partie, a puisé dans son laboratoire la meilleure partie de ses connaissances générales et il est permis d'affirmer que ce savant maître, par l'impulsion qu'il a communiquée à ses élèves, a contribué dans une large mesure à l'essor de ce mouvement scientifique qui a fait de Lyon en quelques années, la première université provinciale.

Le traité d'histologie pratique dont le professeur Renaut présente aujourd'hui au public médical le premier fascicule n'est, il le dit en tête de sa préface, ni un livre dogmatique ni un livre de technique. Il contient bien la technique nécessaire pour exécuter presque toutes les préparations histologiques, mais on y cherche en vain la trace des théories qui ont dominé pendant si longtemps l'étude de l'anatomie générale et qui ont influé d'une façon si fâcheuse sur son développement. La discussion sur des dogmes est chose stérile et n'est plus guère en honneur, maintenant que les théories cèdent le pas à l'observation. « La méthode imposée aux biologistes actuels pour établir les faits et leur donner une évidence incontestable est

celle de l'analyse qui, entre les mains des maitres de notre époque et avant tout du professeur Ranvier, a donné des résultats tels qne sa valeur prépondérante comme moyen d'étude ne peut plus être même contestée. L'analyse histologique procède, pour la mise en lumière des faits, par ce que j'appellerai la méthode des observations convergentes. Cela revient à dire qu'un fait n'est exactement déterminé que lorsque son évidence résnlte non pas de la mise en jeu d'nn procédé de technique pris en particulier et appliqué senl à l'objet d'étude, mais bien de celle de plusieurs procédés variés et différents. » C'est la méthode toujours suivie dans l'enseignement de M. Renaut et c'est à elle qu'il doit la clarté et la force de ses démonstrations.

Il est bon de voir un maître ayant l'autorité du professeur Renaut entreprendre la tâche difficile de donner une impulsion nonvelle aux études histologiques à un moment où on les sacrifie de plus en plus à la bactériologie. Tel est notre désir de connaissances nouvelles, qu'avant même de bien connaître la structure intime de nos tissus, nous quittons son étude brusquement pour ne plus nous occuper que des agents étrangers qui viennent vivre à leurs dépens. Nous ignorons encore de quoi est formé ce milieu de culture que constitue l'organisme humain et déjà nous nous étonnons de ne pas avoir encore pénétré les secrets de l'existence des germes qui s'y développent. C'est l'anatomie générale qui par ses progrès a permis à la bactériologie de devenir une science en quelques années, mais c'est à elle qu'il faudra revenir quand on voudra connaître les relations des éléments pathogènes avec nos cellules. « En effet, la physiologie et la pathologie générales ne feront désormais de progrès réels qu'à la condition d'envisager le problème de la vie là où il doit en dernière analyse être réellement posé : dans la cellule. Car seule entre les éléments constitutifs de nos organes et de nos tissus, la cellule possède la vie en soi et en exécute individuellement les opérations. Connaître le secret de l'activité cellulaire dans chaque point particulier d'un organisme vivant équivaudrait donc à connaître celui de la vie elle-même. »

Le premier fascicule du livre traite des éléments constitutifs du milieu intérieur, de la lymphe, du sang, du tissu conjonctif lâche et modelé. Ces divers sujets sont étudiés avec nne clarté merveilleuse et la lecture de ces chapitres est aussi intéressante et utile pour le médecin que pour l'anatomiste, car l'auteur ne laisse jamais échapper l'occasion de montrer le côté pratique des faits qu'il développe. Le livre du professeur Renaut sera lu par les élèves, il sera lu aussi par les savants qui aiment la philosophie de la science, car il n'en est guère qui élargisse autant que lui le champ de nos idées et qui fournisse plus matière à penser.

GEORGES LEMOINE.

BULLETIN

ÉTIOLOGIE DU TÉTANOS. — DÉNOMINATION DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS. — L'OPÉRATION DE WLADIMIROFF-MICKULICZ. — UN CAS DE MALADIE DE MORVAN AVEC AUTOPSIE.

La théorie de l'*origine équine* du tétanos aura de la peine à sortir victorieuse du débat qui se poursuit et est sans doute près de se clore devant l'*Académie de médecine*. Les médecins vétérinaires, qni ont plus que personne compétence pour éclairer, sinon résoudre la question, sont unanimes à la rejeter. Que l'on se place, en effet, soit au point de vue clinique, soit au point de vue expérimental, la démonstration de l'hypothèse sontenne par M. Verneuil fait absolument défant, et les observations qne notre éminent confrère a si savamment réunies à l'appui de sa thèse, penvent recevoir nne tonte autre interprétation que celle qu'il leur donne. Cette contradiction entre les conclusions auxquelles ont est arrivé de part et d'antre, tient évidemment à la conception première que chacun s'est faite du point à élucider. Amené par quelques faits à admettre l'origine équine du tétanos, M. Verneuil s'est transformé en un véritable avocat de cette hypothèse et, comme pour une plaidoirie, a cherché des arguments dans les observations ultérieures, ne retenant de celles-ci que ce qui pouvait être favorable à sa canse. N'ayant pas d'opinion préconçue, ses adversaires semblent avoir consulté plus impartialement les faits, les avoir examinés, discutés avec une plus grande indépendance d'esprit, et en avoir ainsi tiré des conclusions moins hasardeuses. En résnmé, ce qui ressort nettement du débat c'est que, dans l'état actuel de la science, si l'origine infectieuse du tétanos semble devoir ou pouvoir être admise, le germe infectieux n'est pas exclusivement propre au cheval et que, d'où qu'il vienne, il a besoin, pour se développer chez l'animal ou chez l'homme, de prédispositions individuelles et de conditions de milieu qui jouent souvent le rôle capital dans l'apparition du tétanos. La conclusion pratique qui découle de là tout naturellement, c'est que le tétanos ne saurait être inscrit parmi les maladies contagieuses auxquelles est applicable la loi de police sanitaire du 21 jnillet 1882.

— La commission chargée par l'Académie d'étudier la *dénomination des nouveaux médicaments*, et dont M. Dujardin-Beaumetz est le rapporteur, a su tourner habilement la difficulté de la question qu'elle avait à résoudre, et donner satisfaction aux intérêts de notre industrie française. Il résulte, en effet, de l'examen auquel elle s'est livrée et de la consultation qu'elle a prise d'hommes compétents, qu'une substance pharmaceutique ne peut être l'objet d'un monopole sous le nom que lui assigne la nomenclature chimique. Dès lors, sous quelque nom que le médecin la désigne, le pharmacien, à moins d'indication spéciale, a le droit de la délivrer sous la dénomination scientifique régulière. Il y a là au premier abord quelque chose de spécieux. Mais la loi est respectée et, en définitive, on a bien le droit de se défendre contre les empiètements incessants et souvent peu scrupuleux de l'industrie étrangère. Quoi qu'il en soit, on ne peut que se joindre à l'Académie pour réclamer des pouvoirs publics la révision de la législation de la pharmacie.

— A propos de l'opération de *Wladimiroff-Mickulicz*, un petit combat d'escarmouches s'est livré, à la *Société de chirurgie*, entre partisans et adversaires des opérations partielles plus ou moins conservatrices. On sait que l'opération exécutée d'abord par Wladimiroff, puis par Mickulicz, et encore peu pratiquée en France, consiste essentiellement dans la résection ou l'ablation de l'extrémité inférieure des os de la jambe, du calcaneum, de l'astragale, parfois d'une portion du tarse antérieur, dans la réunion bout à bout et la suture des os qui restent. Ceux-ci prennent une direction verticale et la colonne de sustentation qui en résulte repose sur l'extrémité antérieure du métatarsien. Les orteils se recourbent à angle droit par hyperextension, et l'attitude du membre opéré rappelle ainsi celle des jambes des danseuses ou encore celle des membres des animaux digitigrades. La question est de savoir si cette opération, dont la règle et l'étendue varient suivant les cas, donne un résultat supérieur ou inférieur à ceux de l'amputation sus-malléolaire ou au tiers inférieur de la jambe. Sur ce

point, les avis sont partagés; cependant la majorité des chirurgiens semble disposée à restreindre le nombre des cas justiciables de la résection partielle; c'est ainsi que celle-ci est plutôt indiquée à la suite de lésions traumatiques que pour remédier à des lésions tuberculeuses. Si l'on envisage les conditions générales du malade, M. Polaillon a assez nettement précisé les indications et contre-indications en disant que si la résection convient aux sujets jeunes, aux femmes, aux gens aisés, l'amputation doit être préférée chez les hommes qui ont besoin de travailler pour vivre.

— M. Gombault a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* les résultats de l'autopsie chez une femme qui a succombé à la maladie de Morvan. L'anatomie pathologique de ce complexus morbide, caractérisé surtout par des troubles trophiques (panaris des doigts entraînant des mutilations profondes) et des troubles de la sensibilité (analgésie, thermo-anesthésie) localisés aux membres supérieurs, est encore peu connue. Tout ce qu'on avait pu constater jusqu'à présent, c'est l'existence d'une névrite périphérique dont on ignorait l'étendue, de même qu'on ne savait rien sur la participation effective ou non de la moelle au processus anatomique. L'observation de M. Gombault est, à ce point de vue, des plus intéressantes.

La malade dont il est question a présenté un cas type de la maladie de Morvan. A l'âge de 12 ans, en même temps que se manifestait une scoliose, elle a eu un premier panaris. Le dernier, auquel elle a succombé à l'âge de 56 ans par suite d'infection purulente, est donc survenu quarante-quatre ans après. Durant cette longue période, et à divers intervalles, il y a eu comme des poussées successives de panaris produisant sur les doigts des deux mains les mutilations caractéristiques. En même temps, on a noté des troubles trophiques de la peau des mains, des muscles des éminences thénar, et des troubles de la sensibilité localisés exclusivement aux membres supérieurs. L'évolution de la maladie a été lente mais progressive.

L'autopsie a montré que les lésions portent sur la moelle épinière en même temps que sur les nerfs périphériques, se localisant dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs, c'est-à-dire dans la partie du système nerveux correspondant aux régions qui sont le siège des signes objectifs.

Les lésions des nerfs présentent leur maximum de développement à la périphérie et vont en s'atténuant vers la racine des membres; elles offrent les caractères d'une névrite ascendante. Du côté de la moelle, les lésions sont celles d'une sclérose occupant principalement les cordons postérieurs, les cornes postérieures et probablement la substance grise centrale.

De cette double localisation des lésions, quelle est celle qui précède l'autre? La sclérose médullaire est-elle antérieure ou consécutive à la névrite périphérique? Ce point reste à élucider, comme bien d'autres d'ailleurs que soulève la maladie de Morvan et qui attendent de nouveaux faits pour recevoir leur interprétation anatomique ou clinique.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Congrès des Sociétés savantes. — Le 27e Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira au Ministère de l'Instruction publique, rue de Grenelle, n° 110, le 11 juin prochain.

Les journées de mardi 11, mercredi 12, jeudi 13 et vendredi 14 juin seront consacrées aux travaux de ce Congrès, et le samedi 15 juin, M. le Ministre présidera la séance générale, qui se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

— Congrès d'hygiène et de démographie. — Le Congrès international d'hygiène se tiendra du 4 au 11 août 1889, à la Faculté de médecine.

Questions proposées par le Comité d'organisation.

1. Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance. — Rapporteurs : MM. Landouzy et H. Napias.

2. De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.), dans les villes et dans les campagnes. — Rapporteur : MM. du Mesnil et Journet.

3. Régime et distribution de la température dans l'habitation. — Rapporteurs : MM. Emile Trélat et Somasco.

4. Action du sol sur les germes pathogènes. — Rapporteurs : MM. Grancher et Richard.

5. Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels. — Rapporteurs : MM. J. Arnould et A.-J. Martin.

6. De l'assainissement des ports. — Rapporteur : M. A. Proust.

7. Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques. — Rapporteurs : MM. P. Brouardel, Pouchet et Loye.

8. De la statistique des causes de décès dans les villes. — Rapporteur : M. J. Bertillon.

— Congrès international de thérapeutique et de matière médicale. — Le Congrès de thérapeutique et de matière médicale aura lieu du 1er au 5 août prochain, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, 28.

Voici les questions mises à l'ordre du jour.

Des analgésiques antithermiques. — Constitution chimique de ces corps, relations entre la fonction chimique et la fonction physiologique; — actions physiologiques générales et spéciales de ces corps, leur classification fonctionnelle, leurs applications cliniques. Rapporteur : M. Dujardin-Beaumetz.

Des antiseptiques propres à chaque microbe pathogène. — Action des antiseptiques soit sur l'être lui-même, soit sur les liquides toxiques qu'il sécrète ; — mode d'introduction des antiseptiques ; — modifications du terrain. Rapporteur : M. Constantin-Paul.

Des toniques du cœur. — Classification de ces toniques ; — action physiologique et toxique ; — action directe sur la musculature du cœur ou sur son innervation ; — valeurs comparatives des plantes et de leurs principes actifs ; — indications thérapeutiques. Rapporteur : M. Bucquoy.

Les drogues nouvelles d'origine végétale introduites depuis dix ans en thérapeutique. — Chimie, pharmacologie, pharmacodynamie et applications thérapeutiques des plantes ou des principes qui en ont été tirés. Rapporteur : M. Planchon.

— Souscription pour le buste du Dr Auzoux. — La Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Eure, a pris l'initiative d'une souscription pour élever un buste à la mémoire d'Auzoux, enfant de ce département, qui a consacré sa vie à vulgariser l'anatomie, la physio-

logie et l'hygiène. De 1819 jusqu'à 1878, année de sa mort, soit par lui-même, soit par ses élèves, l'inventeur de l'*Anatomie clastique* a reproduit, dans leurs plus minutieux détails, les principaux types du règne animal et même du règne végétal, et contribué ainsi dans une grande mesure à faciliter l'accès et l'étude des sciences naturelles. Aussi modeste et bon que laborieux, Auzoux a semé le bien autour de lui, dans son pays natal, à Saint-Aubin d'Ecrosville où il avait fondé son établissement. On ne peut qu'applaudir à l'expression de la reconnaissance de ses compatriotes. Les souscriptions peuvent être adressées à MM. Maxime Buisson, rue de la Petite-Cité, à Evreux; Dr Taurin, 3, rue Perronet, à Paris; Dr Baudré, au Neubourg.

STATUE ÉLEVÉE A M. CHEVREUL. UNE SOUSCRIPTION NATIONALE. — Angers, 1er mai. — Dans sa séance de mardi soir, le conseil municipal d'Angers a décidé, sur la proposition de M. Maillé, ancien député, ancien maire d'Angers, qu'un monument sera élevé à M. Chevreul sur une des places publiques de la ville.

Une commission de quarante membres sera nommée par le maire.

Une souscription nationale sera ouverte pour couvrir les frais du monument.

Le conseil a laissé à la commission le soin de décider si la statue choisie sera celle qui se trouve au musée David d'Angers.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Prix décernés pour l'année 1887-1888 :

Legs Trémont. — Ce legs, d'une valeur de 1,000 fr., a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — Une somme de 500 fr. est attribuée à titre d'encouragement à M. le Dr Auvard pour ses divers *instruments*.

La somme de 1,500 fr., reliquat du prix, est attribuée à la Bibliothèque de la Faculté.

Prix Chateauvillard. — Le prix est partagé ainsi qu'il suit :

1° 1,000 fr. à M. le Dr Gilles de la Tourette, pour son ouvrage intitulé : *L'hypnotisme*;

2° 500 fr. à M. le Dr Petit, pour son ouvrage intitulé : *Œuvres complètes de Jean Méry*;

3° 500 fr. à M. le Dr Blondel, pour son ouvrage intitulé ; *Les strophantus du commerce*.

Prix Corvisart. — Le prix, qui consiste, en une médaille d'or et 400 fr., a été décerné à M. Moreau, externe des hôpitaux.

La Faculté a décidé que le sujet du concours, pour l'année 1889, serait : *Complications du rhumatisme articulaire aigu.*

Prix Montyon. — Le prix n'a pas été décerné cette année, faute de concurrents.

Prix Jeunesse (hygiène). — Le prix a été partagé *également* de la manière suivante :

750 fr. à M. le Dr A.-J. Martin, pour son *Etude sur la création du Musée d'hygiène*, et son mémoire sur la *désinfection des chiffons*;

750 fr. à M. le Dr Thoinot, pour ses manuscrits : *Etude sur la fièvre typhoïde. — Etude sur la généralisation de la progression de la diphthérie. — Etude critique sur quelques points de la suette miliaire.*

Prix Lacaze (phtisie). — Le prix est décerné à M. le Dr Malassez, pour ses travaux sur la tuberculose.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Rondot, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants.

M. Puech est maintenu, jusqu'au prochain concours, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

***

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Bédart est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 27 mai 1889, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 29 avril au samedi 18 mai 1889 inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1889; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1893.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 20 mai 1889, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Toutes les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 11 mai 1889 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1889; leur temps d'exercice expirera le 1re octobre 1892.

***

Corps de santé de la marine. — Par décrets en date du 17 avril, ont été promus : *au grade de médecin en chef* : M. Beaumanoix (Jean-Marie-Julien) médecin principal; *au grade de médecin principal* : MM. Brindejonc, de Tréglodé (Yves-Marie) et Barralber (Alexandre-Louis-Thomas); *au grade de médecin de 1re classe* : MM. d'Estienne (Georges-Louis. Gorron (Georges-Adrien-Joseph, Lassabatie (Ollivier-François), Geay de Convallette (François-Marie, Alphonse-Frédéric), Robert (Constant-Ange-Dominique) et Dalio (Jacques-Ursulin-Léonce), médecins de 2e classe; *au grade de médecin de 2e classe* : M. Michaud (Joseph-Louis), médecin de 2e classe, docteur en médecine.

***

— M. le Dr Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations chirurgicales, à l'hôpital Saint-Louis, samedi 4 mai à 9 heures et demie et les continuera les samedis suivants à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Bouju. Des éruptions cutanées multiformes provoquées par l'administration de l'hydrate de chloral. — M. Thibault. Etude de l'acné hypertrophique. — M. Vaucher. Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. — M. Dumas (Henri). De la trépanation dans l'épilepsie. — M. Dupont. De la perte de poids que subissent les cadavres abandonnés dans l'air atmosphérique. — M. Laffitte. Essai sur le mal de Bright et les néphrites. — Mlle Pierre. De l'impaludisme; diathèse. — M. Lejeune. Des expectorations fétides. — M. Mondon. Etude sur quelques faits relatifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — M. Gaud. De l'aération et de la sédentarité dans les lycées d'internes de Paris. — M. Ollav. Etude sur la bronchite liée à l'herpétisme. — M. Larrieu. Gui Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique. — M. Provost. Etude sur les vomissements au début de la fièvre typhoïde.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le Magnétisme animal (Hypnotisme et suggestion), étude historique et critique par le Dr J.-S. Morand, directeur et rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*.—Paris, Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, 3 fr. 50.

Histoire de la médecine. — Sydenham; sa vie, ses œuvres (1624-1689), étude historique par Frédéric Picard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, avec un portrait d'après Lély. — Paris, Lecrosnier et Babé, 23, place de l'Ecole-de-Médecine; London, Williams et Norgate.

Étude sur le dédoublement de la motricité volontaire en corrélation avec le dédoublement des hémisphères cérébraux : droiterie. — Gauchisme. — Ambidextrie, par le Dr F. Nivelet, chevalier de la Légion d'honneur. Une brochure in-8° de 51 pages. Prix : 1 fr 50. A Commercy, chez M. Cabasse Imprimeur-Libraire.

— *Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, région dorsale et région dorso-lombaire*, par le Dr J. Mériard, avec 44 figures intercalées dans le texte. Lille, imprimerie L. Danel, 1889.

— *Des fractures simples des os du carpe*, par le Dr Henri Delbecq. Lille, imprimerie L. Danel, 1887.

— *Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière*, par le Dr L. Calaix. Lille, imprimerie L. Danel, 1889.

— *Restauration fonctionnelle du pouce*, par le Dr Gabriel Hanotte, avec 94 figures intercalées dans le texte. Lille, imprimerie L. Danel, 1888.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 AVRIL 1889.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 14.—Diphtérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses, 41. — Autres, 1. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 13.—Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë, 25. — Bronchite chronique, 48. — Broncho-pneumonie, 32. — Pneumonie, 71. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 12. —Biberon, 41. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5. — Fièvre et péritonites puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 24. — Suicides, 26.— Autres morts violentes, 13.—Autres causes de mort, 111. —Causes inconnues, 15. — Total : 1055.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.)

REVUE GENERALE

DES RELATIONS DU GOITRE EXOPHTALMIQUE ET DU TABES.

Suite (1).

II

D'autre part, on peut regarder la coexistence du goître et du tabes sur le même malade comme une simple association morbide. C'est l'opinion qui a été défendue brillamment à la Société de médecine des hôpitaux, par MM. Ballet et Joffroy. « L'association du goître exophthalmique à l'ataxie, dit M. Ballet, n'est pas l'effet du pur hasard. Elle résulte d'une tare originelle, ordinairement héréditaire, qui fait que certains organismes sont particulièrement prédestinés à l'éclosion des différentes affections nerveuses. Chez ces prédisposés, en effet, les associations morbides ne sont pas chose rare, et ce sera un des progrès les plus remarquables qu'aura faits la pathologie nerveuse dans ces dernières années, d'avoir montré leur fréquence. Ainsi s'associent couramment chez le même individu plusieurs délires, délire dit des dégénérés et délire épileptique, par exemple; ainsi s'associent les vésanies et l'hystérie, les vésanies et la chorée, ainsi encore le goître exophthalmique et l'hystérie, l'ataxie locomotrice et la neurasthénie. Il n'y a donc rien de surprenant à voir la maladie de Duchenne et celle de Basedow évoluer chez le même malade en conservant chacune ses caractères propres et sa physionomie spéciale. Il ne s'agit pas là, je le répète, d'une association de hasard, mais de manifestations multiples d'une même cause : l'hérédité nerveuse. L'hypothèse d'une lésion bulbaire dépendant de l'extension du processus anatomique qui constitue le tabes ne me paraît pas admissible. Je pense, avec M. Charcot et avec M. Joffroy, qu'il faut voir là un nouvel exemple de ces associations nerveuses qui ne sont pas assez rares chez les héréditaires et les dégénérés. »

M. Joffroy regarde, en effet, les deux maladies comme évoluant côte à côte sans avoir entre elles de relations immédiates. Cependant il n'admet la coexistence pure et simple qu'à la condition que la maladie de Basedow existe avec tous ses symptômes. Il ne regarde pas comme faisant partie du goître exophthalmique les cas où, chez des tabétiques, on n'observe que l'un ou l'autre de ses symptômes. Par exemple, de ce qu'un tabétique présente de la tachycardie, il ne s'en suit pas, à son sens, qu'il soit atteint d'une forme fruste de la maladie de Basedow; de même pour ce qui concerne un certain degré de saillie des globes oculaires.

On voit combien une pareille distinction est difficile, et combien il serait téméraire de vouloir porter le diagnostic de maladie de Basedow coexistant avec le tabes si on l'admettait.

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

(*Suite*) (1)

VI. — J'avais prédit que M. le Dr Guelliot ne s'en tiendrait pas à son intéressante notice sur les Museux. Quand on s'est promené une fois dans le jardin de l'érudition, comme on disait au temps des précieuses, il est malaisé d'en sortir. Notre confrère de Reims nous envoie aujourd'hui un livre d'une lecture bien facile; son titre que j'ai indiqué plus haut, *Les thèses de l'ancienne faculté de médecine de Reims*, n'est pas seulement un répertoire bibliographique, il est en même temps historique. Avant de nous faire connaître le résultat de ses investigations à travers plusieurs milliers de thèses, l'auteur nous initie aux formalités et cérémonies auxquelles donnait lieu, à Reims, la soutenance de ces thèses.

L'étudiant, après quatre années d'études, « déposait 300 livres chez le doyen, il offrait à chaque docteur trois livres de chandelles de cire, puis, au jour fixé, revêtu de la robe longue, *veste talari inductus*, il était interrogé pendant quatre heures, sur les choses naturelles, non naturelles et contre nature ». Quelques mois après, examen d'anatomie : même versement, semblables chandelles; un peu plus tard, examen de matière médicale, mais les bougies sont remplacées par un goûter succulent. Cinq à six mois ensuite, examen de chirurgie et application des médicaments externes : voilà pour la thèse *quodlibétaire*. Trois mois ou un an après, procédure analogue pour la thèse *cardinale*.

M. Guelliot a déjà trouvé, tant dans la bibliothèque de la ville que dans des collections particulières, seize cent vingt-sept thèses soutenues à Reims. Il nous donne sur leur format, leurs vignettes, leurs dédicaces et leur sujet des renseignements curieux. C'est ainsi que nous lisons que le candidat faisait parfois imprimer sa thèse, sur étoffe de soie offert au grand personnage sous la protection duquel il se plaçait. La plupart des thèses n'étaient point originales; bon nombre ont pour auteur le président du

(1) Voir les numéros précédents.

Les cas frustés sont les plus fréquents ; quand ils se présentent isolément on ne fait nulle difficulté pour les reconnaître, pourquoi alors les rejeter quand ils se montrent chez des ataxiques ?

III

Pour trancher la question de savoir si les deux maladies sont simplement surajoutées ou si l'une est la conséquence de l'autre, il faudrait d'abord connaître d'une façon précise la nature du goître exophthalmique et savoir s'il rentre dans la catégorie des névroses ou dans celle des maladies à localisation anatomique. Or, on n'en sait rien. Quand on parle de la superposition de deux délires, celui des dégénérés et le délire épileptique, on sait à quel genre de maladie on a affaire dans l'un et l'autre cas, et l'on sait surtout que ces deux délires ne peuvent que se surajouter, l'un ne pouvant pas être causé par l'autre. Il n'y a pas à chercher leur filiation, la difficulté consiste simplement à reconnaître leur existence sur le même individu.

S'il était prouvé que le goître exophthalmique soit sous la dépendance de lésions bulbaires particulières, rien ne serait plus logique que d'admettre que l'ataxie, en envahissant la zône qui le commande, puisse le faire apparaître en totalité ou en partie. La maladie de Basedow serait une complication possible de l'ataxie au même titre que la paralysie labio-glosso-laryngée par exemple, est la complication fréquente de nombreuses myélites systématiques ou diffuses. Sa présence à l'état isolé serait le résultat de la formation d'un foyer inflammatoire ou simplement congestif dans le bulbe, son apparition comme maladie secondaire serait due à l'envahissement de cette région par le processus pathologique de la maladie primitive.

Mais on en est encore à chercher si la maladie de Basedow possède une anatomie pathologique. Les autopsies avec étude histologique consécutive en sont rares, et parmi celles dont on possède la relation, beaucoup sont négatives. Les lésions que l'on a constatées sont des plus disparates et peuvent aussi bien être la conséquence de la maladie que sa cause, peut-être même sont-elles de simples coïncidences.

Ne trouvant pas de lésions caractéristiques du goître, on en a fait une névrose et c'est comme maladie *sine materia* qu'on l'envisage actuellement. « Tout démontre la nature névrosique de la maladie de Basedow, dit Ballet, telle qu'on l'observe couramment ; l'étiologie de l'affection, qui est souvent consécutive à des émotions morales, à des chagrins, son début quelquefois brusque, les rémissions qui se produisent au cours de son évolution, sa guérison et ses récidives possibles plaident dans ce sens. »

Ce qui le prouve encore, dans beaucoup de cas, ce sont les relations si étroites que le goître exophthalmique présente avec l'hystérie et avec les vésanies. Non seulement cette maladie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais encore elle s'observe bien souvent chez des femmes hystériques, et les symptômes du goître et ceux de l'hystérie s'entremêlent et se confondent. Bien souvent aussi ces malades sont des héréditaires, leurs parents étaient des neurasthéniques ou des aliénés, et ceci explique en partie le cortège d'idées délirantes et les troubles intellectuels variés qu'elles présentent presque toujours. Considérée comme une névrose, et les cas où cette considération s'impose sont les plus nombreux, la maladie de Basedow, apanage des héréditaires, peut coexister avec n'importe quelle maladie nerveuse, tout comme peut le faire la neurasthésie. Elle se montre à côté de l'ataxie de même qu'elle évolue côte à côte avec l'hystérie : l'une et l'autre sont commandées par la diathèse nerveuse et en dépendent à titre égal.

Mais, on le voit, les deux hypothèses sont également soutenables et des arguments de même valeur peuvent être apportées à l'appui de chacune d'elles. Cela tient sans nul doute à ce qu'on n'a pas encore suffisamment distingué les diverses formes du goître exophthalmique et qu'on a confondu sous un même nom des phénomènes d'origine très différente. L'impression que l'on retire en effet de l'examen attentif des cas nombreux de maladie de Basedow dont on possède la relation ou que l'on a pu voir soi-même, c'est qu'ils ne sont pas tous comparables ni par leurs symptômes ni surtout par leur marche. Il semble que l'on pourrait, et c'est là un travail qui sera certainement fait un jour, dissocier le groupe qu'ils constituent actuellement en plusieurs variétés typiques et ensuite en faire sortir un certain nombre qui ne devraient pas y être rangées. Pour ne prendre qu'un exemple, la tachycardie, qui est notée comme le symptôme le plus constant et le plus probant de la maladie de Basedow, se retrouve à des degrés divers dans plusieurs autres états nerveux, chez les aliénés en particulier. Or, peut-on dire que les aliénés présentent, en grand nombre, du goître

---

jury, celles qui sont réellement l'œuvre de l'étudiant, portent la mention : *Theseos autor*. Enfin souvent, le candidat choisit une thèse déjà soutenue à Reims et à Paris ; se bornant à changer les dates et noms du récipiendaire et des examinateurs, ajoutant quand il est honnête, le nom de l'auteur du travail, dont il se borne à soutenir les idées, mais parfois, dit M. Guelliot, il s'attribue une paternité qui ne lui appartient pas.

Quant aux sujets des thèses, là, comme ailleurs, ils paraissent souvent naïfs, exemples : *Doit-on user en hiver, d'aliments plus chauds? La poudre de vipère convient-elle dans la rougeole et dans la variole? An congressus Dæmonis irritus? An philtris amor conciliari possit?* mais il faut tenir compte de l'époque, nous sommes au XVIIe siècle.

La quatrième partie du livre que nous analysons est consacrée au vin de Champagne. L'on n'ignore pas les luttes homériques auxquelles a donné lieu, au XVIIe siècle, la querelle du champagne et du bourgogne. Il faut la lire dans l'ouvrage de M. Guelliot qui l'a fait suivre d'une bibliographie spéciale à cette querelle. Thèses de doctorat, poèmes, pamphlets, notices, tout s'y trouve, de 1677 à 1882. A tout hasard, je lui indique cependant, un ouvrage que je trouve dans Quérard : *Question à l'usage du vin de Champagne mousseux contre les fièvres putrides*, etc., par P. Toussaint Navier, Paris 1778, in 8°. Si toutefois ce n'est pas le même article que celui attribué à Claude Navier, le fils en 1767. — Enfin, un appendice soigneusement rédigé et qui contiendra les plus difficiles bibliographes, nous donne la liste détaillée de 280 thèses originales soutenues à la Faculté de médecine de Reims. Il y a là des choses piquantes, des détails biographiques absolument inédits. Et comme il paraît que je ne quitterai jamais l'auteur, sans une invite, voici celle que je formule aujourd'hui, je souhaite et je ne serai pas le seul, qu'il nous donne bientôt une biographie générale bien complète de tous les médecins reçus à Reims. — En attendant, puisse l'ouvrage récent de notre érudit confrère inspirer des imitateurs ; c'est le meilleur éloge que je puisse en faire.

VII. — La notice historique de M. Elain-Lacroix, ancien juge de paix, est une preuve manifeste des services que l'on pourrait rendre à l'histoire, tout à fait inconnue, de l'Assistance publique en France, si les historiens locaux voulaient bien se mettre à

exophthalmique parce qu'ils ont de la tachycardie? Et pourtant quelques-uns, j'en ai plusieurs exemples à Bailleul, ont en outre du tremblement fin et un peu de saillie oculaire. Entre les états frustes dont je parle et le goître confirmé, il existe des formes multiples, et l'on pourrait les diviser grossièrement en deux groupes, celles qui sont graves et doivent amener la mort et celles qui sont légères. Les premières évoluent en général assez rapidement, d'une façon régulière, et leurs symptômes s'aggravent peu à peu jusqu'à ce que la mort arrive, ce sont sans doute celles qui s'accompagnent de lésions bulbaires; les autres restent longtemps stationnaires, rétrocèdent et guérissent mais peuvent récidiver; elles ont tous les caractères des névroses et paraissent n'être que des manifestations de l'hérédité nerveuse. Dans ce dernier groupe rentrent les phénomènes exophthalmiques des aliénés qui disparaissent quand la guérison survient, pour reparaître lors d'une rechute.

Selon les cas, le goître exophthalmique pourrait donc être primitif ou secondaire, lié à une lésion bulbaire ou purement névrosique. Dans l'ataxie locomotrice en particulier, il serait aussi bien le résultat d'une extension des lésions qu'une névrose évoluant parallèlement à l'ataxie. Dans tous les cas je crois qu'il est sage, en attendant que des études anatomiques précises viennent trancher la question, de se ranger à l'opinion exprimée en dernier lieu par M. Barié:

« J'admets l'influence de l'hérédité nerveuse dans l'association du tabes et de la maladie de Basedow, mais je persiste à croire que la plupart des symptômes morbides de cette dernière affection, associée à l'ataxie locomotrice, peuvent ressortir d'un travail morbide ayant son origine dans la région bulbo-protubérantielle: la clinique, la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique paraissent favorables à cette interprétation. »

Georges Lemoine (de Lille).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'épithélioma des cicatrices
par Armand Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon.
Suite (1).

Parmi les causes invoquées, on trouve mentionné le tiraillement de la cicatrice. Il existe, en effet, peu d'exemples de tumeurs développées sur des cicatrices linéaires et souples. Le plus souvent ce sont de vastes cicatrices occupant une région où les mouvements la tendent et la tiraillent outre mesure, à la partie postérieure de la cuisse par exemple.

(1) Voir le numéro 17.

Dans l'une de nos observations, l'épithélioma a débuté précisément au niveau du point le plus tendu de la cicatrice. L'influence de ce tiraillement a été indiquée par Langenbeck. Mais peut-être agit-il d'une façon différente de celle qui est indiquée par les auteurs, et qui consiste en une action mécanique des plus obscures. Il agit surtout en faisant ulcérer le tissu cicatriciel qui se trouvera alors dans des conditions spéciales de prolifération atypique. C'est cette tension perpétuelle qui, en entretenant l'ulcération, empêche le complet développement du tissu de cicatrice. L'irritation longtemps prolongée est considérée comme un des facteurs les plus importants. Le frottement, les contusions, un traitement intempestif par des substances irritantes ou par des caustiques employés mal à propos, sont indiqués dans un grand nombre d'observations. Dans une étude sur l'origine locale du cancer (1), M. Ledoux-Lebard insiste tout spécialement sur le rôle que joue l'irritation longtemps prolongée. L'épithélium irrité chroniquement produit des bourgeons semblables à ceux de l'épithélioma. Ceci expliquerait peut-être ainsi les cas nombreux de guérison de néoplasmes cicatriciels mentionnés dans les anciennes observations, où l'examen histologique fait défaut. L'inflammation produite par cette irritation paraît donc jouer un rôle des plus importants dans la genèse de ces tumeurs: on pourrait l'appeler, comme M. Ledoux-Lebard, l'inflammation précancéreuse. Elle a été signalée dans d'autres cas que ceux qui nous occupent. M. Brault (2) cite l'observation d'une tumeur cancéreuse de l'estomac, un carcinome alvéolaire, à la périphérie duquel on trouvait des lésions de gastrite chronique fort avancées, et probablement antérieures au développement du néoplasme.

Virchow avait déjà signalé l'importance de la déchirure des cicatrices. Bœgchold (3) parle de la vulnérabilité du tissu cicatriciel susceptible de s'ulcérer sous la moindre pression, le moindre frottement, et sa conclusion est que parfois le néoplasme a son point de départ dans le tissu granulé.

(1) Arch. gén. de méd., 1885, t. I, p. 413.
(2) Arch. gén. de méd., 1885, t. II, p. 458.
(3) Bœgchold. Loc. cit.

---

l'œuvre, puisque les médecins, ne paraissent pas en avoir le temps. Voici un petit hôpital, celui de Pouancé, petite ville de l'Anjou, à peine aujourd'hui de 2000 âmes, qui fournit à un chercheur, ami des choses historiques, une notice fort intéressante de 50 pages. Et il est touchant de voir, une fois de plus, ce que peut l'initiative privée, en matière d'assistance.

Quelques habitants louent, en 1690, une maison destinée à la réception de quelques malades. La maison s'augmente, grandit et constitue actuellement un hôpital de 120 lits, la commune ne contribuant aux dépenses, que pour une somme de 500 francs par an. La notice de M. Elain Lacroix est un document utile à consulter, mais pourquoi ne nous donne-t-il pas la liste des médecins de l'hôpital de Pouancé depuis sa fondation?

Dr A. Dureau.

Thèses récompensées pour l'année scolaire 1887-1888 :

Médailles d'argent. — MM. Berlioz, Blocq, Bourdillon, Demoulin, Fugairou, Guérard, Guillet, Marty, Potocki, Vassaux.

Médailles de bronze. — MM. Bécavin, Bosselut, Colin, Foubert Hervé, Joubin, Labruhe, Lejars, Lepage (Gabriel), Marage, Marguet, Martin de Gimard, Monprofit, Pavlidès, Polguère Patein, Pozzi, Raymond, Riocreux, Romme, Secheyron, Varnier, Yersin.

Mentions honorables. — MM. Belin, Boisvert, Budor, Demelin, Dubar, Dumont, Durel, Engelbach, Evrain, Girode, Guèmes, Jeanselme, Jeanton, Jouliard, Lancial, Leflaïve, Le Page (Charles, Luquet, Ninovici, Mirassou-Nouqué, Nivière, Odriozola, Perez, Rendon, Rouilland, Saint-Hilaire, Semelaigne, Mme Sollier, MM. Vanneufville, Villemin, Wissard, Yovanovitch.

Si le point de départ de la tumeur nous semble suffisamment indiqué pour ces cas de cicatrices ulcérées qui, dans les observations publiées, sont de beaucoup les plus nombreux, il est moins aisé à déterminer pour ceux où le tissu cicatriciel était arrivé à son développement parfait au moment de l'apparition du néoplasme. Clément (1) pense que l'épithélioma a souvent pour origine la rétention des produits des glandes cutanées. H. Trentham Butlin (2), qui a observé dix cas de cancroïdes cicatriciels, penche vers cette opinion. Il est probable, dit-il, que la rétraction irrite très faiblement, mais d'une manière continue, les orifices des glandes sébacées, gêne l'issue des produits de sécrétion, et détermine la prolifération des cellules glandulaires. Il est plusieurs objections à faire à cette théorie, bien qu'on ait comparé une production épithéliale à une desquamation se formant à l'intérieur du tissu, au lieu de s'effectuer librement à la surface cutanée et dans les glandes. Les cicatrices transformées en épithélioma sont toujours des cicatrices profondes succédant en général à des pertes de substances considérables accompagnées d'une longue suppuration, avec phénomènes très actifs de réparation. Dans le tissu cicatriciel ainsi formé on trouve du tissu fibreux et du tissu élastique, mais on ne trouve pas de glandes. Jauzion (3) a établi des distinctions au sujet du point de départ de la tumeur. Il distingue quatre classes : 1° Si le derme est incomplètement détruit, l'altération pourra débuter par les glandes. Mais il est des plus rares de voir le cancroïde se développer sur des cicatrices légères. 2° Si les papilles sont intactes, comme cela arrive dans les brûlures superficielles, on verra se développer une hypertrophie papillaire. Il interprète ainsi la forme papillaire de l'épithélioma. 3° Dans les cicatrices où le derme est entièrement détruit, on aura une transformation des cellules embryonnaires plasmatiques en cellules épithéliales néoplasiques. Mais outre que ces cellules embryonnaires n'existent plus à l'époque où le tissu cicatriciel s'est complètement formé, il est difficile d'admettre que des cellules du tissu conjonctif puissent donner naissance à un épithélioma corné. M. le professeur agrégé Bard, dans le laboratoire duquel nous avons fait les quelques préparations microscopiques relatives à ce travail, et que nous prions d'agréer ici tous nos remerciments pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner, a nettement démontré l'importance de la spécificité de la cellule (4). Le développement anormal des cellules épithéliales donnera lieu par un mécanisme encore ignoré, à une tumeur épithéliale, et cette néoformation leur appartient en propre tandis qu'une cellule embryonnaire conjonctive sera toujours le point de départ d'une néoplasie du type conjonctif. Or, dans tous les cas, on trouve, à l'examen microscopique, que la tumeur développée dans la cicatrice appartient au type épidermique : c'est un épithélioma corné. 4° Enfin, d'après Jauzion, les bourgeons charnus peuvent être le point de départ du néoplasme épithélial.

Dans un grand nombre d'observations, on relève une contusion comme ayant donné lieu au développement de la tumeur. Voici, en résumé, une observation de M. Berbez, qui paraît intéressante à ce point de vue.

Observation. — (Paul Berbez. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 187.) — Antécédents héréditaires cancéreux. A l'âge de 4 ans, brûlures très étendues siégeant au cou, au bras droit, à l'avant-bras et à la main du même côté. A l'âge de 46 ans, les cicatrices devinrent douloureuses, le frottement des vêtements et le froid les firent suppurer. Le malade exerçait la profession de tailleur ; à la place où le pouce est en contact avec les ciseaux, il se forma un petit durillon qui tomba et laissa voir une ulcération en chou-fleur. Les bourgeons s'étendirent à toute l'étendue des cicatrices de la main ; l'ulcération gagnait en profondeur à la face palmaire et atteignait les muscles. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire. La tumeur avait été traitée par des cautérisations répétées. On pratiqua l'amputation de l'avant-bras. La tumeur dans la plupart des points, restait cantonnée à la peau ; elle atteignait ailleurs les muscles et le premier métacarpien. L'examen histologique démontra qu'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux, lobulé, avec globes épidermiques, à forme papillaire ; là où se trouvait l'ulcération, on voyait de longs boyaux cellulaires, allant de la périphérie au centre. M. Berbez insiste sur le rôle du traumatisme comme ayant déterminé la localisation de la tumeur.

Comment agit la contusion ? Si son rôle est incontestable, son mode d'action n'en est pas moins des plus obscurs. M. le professeur Verneuil, qui a inspiré à son élève Le Clerc une thèse sur les rapports de la contusion et des néoplasmes (1), admet les conclusions suivantes (2).

1° La contusion joue un rôle indéniable dans l'étiologie des tumeurs.

2° Elle agit en exagérant au sein des tissus, le travail réparateur et en créant dans les parties vulnérées un *locus minoris resistentiæ*.

3° Elle n'est toutefois qu'une cause localisatrice, et dominée par la diathèse néoplasique.

Que l'on s'arrête ou non à l'idée d'une diathèse néoplasique constituant une cause prédisposante, on voit que l'action de la contusion est indiscutable dans la production des cancroïdes cicatriciels. C'est ainsi qu'on la retrouve dans trois de nos cas, et dans une observation de M. Demars publiée dans les *bulletins de la Société anatomique* en 1886. Il s'agit dans ces cas de moignons d'amputation soumis à des pressions constantes, qui ont fini par déterminer l'apparition d'une tumeur épithéliale.

Observation personnelle. — *Ancienne amputation de jambe. Moignon conique et toujours ulcéré. Épithélioma cicatriciel.* — Le nommé S..., (Joseph), âgé de 64 ans, exerçant la profession de mégissier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 6 février 1888, salle Sainte-Marthe n° 11, dans le service de M. le professeur Poncet.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents de famille. Ses parents sont morts âgés, de maladies dont il ne peut préciser la nature ; il a également perdu des frères et des sœurs, mais on n'obtient sur eux que des renseignements insuffisants. Cet homme a joui pendant sa jeunesse d'une santé parfaite, il s'est marié à 22 ans et a eu deux enfants bien portants. Il a contracté à l'âge de 27 ans une fièvre typhoïde, dit-il, qui a parfaitement guéri.

En 1855, il avait alors 31 ans, il fut atteint d'une affection inflammatoire occupant le pied gauche. La peau était rouge, luisante ; les douleurs étaient vives, il survint des abcès qui s'ouvrirent à l'extérieur. On ne peut obtenir à ce sujet du malade que des renseignements extrêmement peu précis ; tout porte cependant à croire qu'il s'agissait là d'un phlegmon du pied. Le médecin qui le soignait pratiqua une désarticulation tibio-tarsienne, mais le moignon obtenu était si défectueux, que l'on fut obligé de lui pratiquer un mois après une amputation de jambe au tiers inférieur. Deux mois plus tard le malade commençait à marcher avec un pilon sur

(1) Clément. Th. Strasbourg, 1868.

(2) Encyclopédie de chirurgie. Art. Tumeurs en général.

(3) Loc. cit.

(4) Anatomie pathol. gén. des tumeurs. Arch. de phys., 1er avril 1885, n° 3.

(1) Th. de Paris, 1883, n° 276.

(2) Mém. de chirurgie, t. V, p. 156.

lequel l'extrémité inférieure de la jambe reposait directement. Le moignon devint le siège de douleurs intolérables, et 6 mois après, on fut obligé de prendre le point d'appui de l'appareil sur le genou. Le sujet put alors reprendre son métier, mais bientôt après survinrent des accidents du côté de son moignon. Il prétend que l'os faisait une forte saillie sous les chairs, et que la cicatrice était extrêmement douloureuse. A la moindre fatigue, au moindre choc les douleurs apparaissaient, et le contraignaient à garder le lit. Quelques mois après, la cicatrice s'ulcérait et commençait à suppurer. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis une trentaine d'années le malade est resté dans la même situation. Lorsqu'il gardait le lit, et qu'il se soignait, l'ulcération guérissait pour réapparaître dès qu'il voulait se livrer au travail.

L'année dernière, il entra à la salle Saint Louis pour réclamer le traitement d'une hématocèle vaginale gauche. M. le professeur Poncet, pratiqua la castration, et le malade guérit rapidement. On avait remarqué à cette époque au niveau de la cicatrice d'amputation des bourgeons papillaires de mauvaise nature, mais le malade voulut quitter l'hôpital, prétendant qu'il ne s'en trouvait aucunement gêné. Aujourd'hui, à son entrée, 20 mois après son premier séjour, le malade présente une tumeur bourgeonnante et ulcérée, occupant l'extrémité inférieure du moignon. Les végétations sont peu volumineuses, non vasculaires, elles sont d'une couleur gris rosé, et reposent sur un fond gris sale. Elles occupent exactement la place de l'ancienne cicatrice, c'est-à-dire un trajet latéral allant de droite à gauche. Malgré l'aspect que cette tumeur donne au moignon, il est facile de constater que celui-ci est conique. Le tibia fait une saillie prononcée, et tout autour de lui, on ne trouve pas de parties molles, la peau est tendue, la rétraction cicatricielle a dépassé ses limites ordinaires. Néanmoins le malade souffre peut-être moins, depuis qu'il présente cette tumeur ; celle-ci ne le gêne pas, et il ne serait pas entré à l'hôpital, si on ne l'y avait pas pour ainsi dire obligé.

Cet individu est un peu amaigri, néanmoins il paraît encore robuste et a conservé son appétit. Sa figure n'offre pas la teinte jaune paille de la cachexie des cancéreux. Il ne tousse pas. L'examen de ses viscères donne des résultats négatifs. On trouve dans la fosse iliaque gauche un ganglion, mais il est petit, dur, isolé, et ne paraît pas avoir de relation avec la tumeur du moignon.

On diagnostique épithélioma développé sur une ancienne cicatrice et on propose au malade une amputation qu'il accepte.

L'amputation est pratiquée le 12 février par M. le professeur Poncet, à cinq travers de doigt au dessus du néoplasme, par la méthode de Lenoir. Dans l'incision des parties molles, le couteau rencontre une très grande résistance : celles-ci offrent une consistance lardacée. L'opération n'offre en dehors de cela rien d'intéressant à signaler.

A l'examen de la pièce anatomique, on constate que la tumeur suit exactement le trajet de la cicatrice. Au-dessous d'une couche de bourgeons gris rosés, le néoplasme est constitué par des traînées jaunâtres, offrant à l'œil nu une structure papillaire. Il paraît y avoir une ligne de démarcation très nette entre la partie malade et les tissus voisins. L'épaisseur du tissu morbide est de 2 à 3 centimètres ; il constitue une bande qui remonte sur les parties latérales et qui paraît un peu plus volumineuse au niveau des extrémités de la cicatrice. Sur toute la hauteur de la partie retranchée, les tissus sont blanc jaunâtre et offrent la consistance du tissu fibreux. Les traînées papillaires situées à la couche interne du néoplasme, ne paraissent pas à l'œil nu se prolonger dans cette masse lardacée, constituée par des îlots de graisse jaunâtre résistante, et des travées fibreuses entièrement dures. La périoste se laisse assez facilement isoler des os. L'extrémité inférieure du tibia est envahie sur une hauteur de deux centimètres ; des coupes faites plus haut, ne nous ont rien montré d'anormal à l'aspect macroscopique. La partie du tibia envahie par le néoplasme ne rappelle en rien la structure de cet os, elle est constituée par une matière blanchâtre, sèche et extrêmement friable. Des coupes pratiquées sur toute la hauteur du péroné, ne révèlent pas de lésion.

A l'examen histologique pratiqué dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Lyon, on constate les lésions suivantes. La tumeur est un épithélioma corné, dont les nappes cellulaires sont très étendues, et qui contient des globes cornés assez nombreux mais tous pourvus de couches multiples externes, non encore cornées. Au centre du moignon, la tumeur contient à la fois une surface épidermique de cicatrices, et dans la profondeur des vestiges de tissu osseux. L'épiderme superficiel est haut, à pointes profondes, et bien développé. Les vestiges osseux sont perdus comme des séquestres microscopiques au sein de la tumeur qui les a dissociés. L'os prélevé dans les parties profondes est en partie éburné, et ne contient pas d'îlots néoplasiques.

Observation. — (Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.) — *Épithélioma d'un moignon de désarticulation ancienne du genou droit. Névralgie du moignon. Amputation de cuisse au tiers inférieur.* — Au mois d'octobre 1882, R... X... âgé de 56 ans, vient consulter M. Poncet pour une ulcération d'un moignon de la cuisse droite. Il raconte qu'il a subi en 1843 une amputation de la jambe droite au tiers inférieur, nécessitée par un broiement du pied dans un accident de diligence, alors qu'il se rendait à Paris pour y faire son droit. Quelques semaines après on dut, dit-il, l'amputer de nouveau, au tiers supérieur de la jambe : des accidents inflammatoires, de la gangrène nécessitaient cette nouvelle intervention. Cinq ans après, M. X..., qui avait toujours souffert de son moignon et n'avait jamais pu marcher avec un appareil prothétique, se rendit à Lyon où Gensoul lui pratiqua la désarticulation du genou. Les suites opératoires furent des plus simples et quelques mois après M. X... reprenait, en Bourgogne, sa vie de gentilhomme campagnard. Grand chasseur, il pouvait avec un bon pilon chasser des journées entières sans fatigue, et sans jamais éprouver de douleurs dans son moignon.

M. X... est grand, fort, mais depuis quelques années, il a engraissé beaucoup, son état général est un peu moins bon que par le passé ; il résiste moins à la fatigue, il est devenu lourd, presque obèse. Doué d'un excellent appétit, il n'a jamais fait d'autres excès que des excès de table. M. X... qui habite un pays de vignoble est à n'en pas douter un alcoolique.

Depuis quinze mois est survenue sur le moignon, au niveau du condyle interne, une ulcération qui s'est accrue progressivement, d'abord indolente, et qui est devenue bientôt horriblement douloureuse. Ces souffrances si vives, survenant sous forme d'accès à toute heure du jour et de la nuit, ont décidé M. X... à réclamer une nouvelle intervention.

M. Poncet constate à l'extrémité du moignon, sur la largeur de la paume de la main, un ulcère cancroïdal à bords indurés avec sécrétion *sui generis*, ulcère adhérent aux condyles sous-jacents. Le malade insiste surtout sur les souffrances qu'il éprouve et réclame instamment une intervention qui seule peut le soulager, tous les autres moyens employés jusqu'alors ayant été inutiles ou insuffisants.

On ne trouve aucun ganglion soit dans l'aine, soit dans la fosse iliaque correspondante.

Le 15 septembre, M. Poncet pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur : les tissus ont subi une dégénérescence graisseuse complète ; loin de la section, on ne trouve pas trace des masses musculaires. En présence de la qualité inférieure de ces tissus, de l'âge du malade, etc., M. Poncet, non seulement ne cherche pas à obtenir par des sutures la réunion immédiate, mais il couvre la surface cruentée de compresses froissées de gaze iodoformée et dans le pansement évite avec soin toute compression.

Le malade succombait quinze jours après l'opération, emporté par des accidents septiques, dont le point de départ fut une mor-

tification progressive du moignon. (L'examen des urines n'avait révélé ni sucre ni albumine).

A l'autopsie du moignon, on constate que le cancroïde est plus superficiel qu'on ne le supposait. Les condyles sont atteints sur une profondeur de 3 à 4 millimètres seulement. Nulle part dans l'épiphyse, dans le canal médullaire, on ne trouve de noyaux épithéliaux. Une dissection du moignon permet à peine de reconnaître quelques fibres musculaires : les tissus ont subi la transformation graisseuse. Quant au nerf sciatique poplité interne que l'on suit aisément, il arrive jusqu'à la base de l'ulcère, il est gonflé, épaissi sur une hauteur de 15 à 20 millimètres

Cet envahissement du sciatique par le néoplasme ou par l'inflammation plastique de voisinage explique les douleurs violentes ressenties par le malade.

L'observation de M. Demars (1) a trait à un épithélioma développé sur un moignon d'amputation de Chopart, dont la cicatrice mit un an à se former. Les renseignements du malade, sur son état avant son entrée à l'hôpital, sont du reste assez confus.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE L'ESTOMAC.

(*Suite et fin.*) (2).

V. Rapports entre l'acidité du suc gastrique et le développement de l'ulcère simple de l'estomac dans la chlorose et l'anémie, par MM. Ritter et Hirsch. *Zeitschrift für Klin. Medicin* T. XIII, fasc. 5.

VI. Rapport de l'atrophie de la muqueuse de l'estomac et du carcinome de cet organe, par M. Rosenheim, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 51 et 52.

VII. Sur le sort de la graisse pendant son séjour dans l'estomac, par MM. Klemperer et Scheverlin, *Zeitschrift für Klin. Medicin*, T. XV, fasc. 4.

VIII. Sur le diagnostic de l'insuffisance motrice de l'estomac par le Dr W. Brunner, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, n° 7, p. 128.

V. — MM. Ritter et Hirsch ont examiné, chez des anémiques et des chlorotiques, le contenu de l'estomac au point de vue de sa richesse en acide chlorhydrique. Ils ont trouvé que la proportion d'acide était beaucoup au-dessous de la normale. Dès lors il n'y aurait aucun rapport à établir entre l'hyperacidité du suc gastrique et la fréquence de l'ulcère rond chez les anémiques et les chlorotiques. Dans cinq cas d'ulcère simple de l'estomac, les auteurs ont constaté une diminution de la production de l'acide chlorhydrique à la surface de l'estomac, contrairement aux résultats annoncés par d'autres auteurs. Inversement, l'hyperacidité du contenu de l'estomac a été constatée chez des personnes qui ne présentaient aucun signe d'ulcère simple. Cette hyperacidité, quand elle se rencontre dans un cas d'ulcère rond, tient à une irritation de la muqueuse ou de ses nerfs par la lésion ulcéreuse.

Comme sanction pratique de leurs recherches, les auteurs recommandent de s'abstenir de l'usage des eaux alcalines dans les cas d'ulcère rond chez des chlorotiques ou des anémiques.

VI. — Les recherches faites par M. Rosenheim ont eu pour objet d'élucider la question des rapports qui existent entre certaines lésions de l'estomac et les troubles sécrétoires de cet organe. Sur 16 sujets présentant les signes d'un cancer de l'estomac, il s'en est trouvé 14 dont le contenu stomacal ne renfermait pas d'acide chlorhydrique en plein travail digestif.

A l'autopsie de ces 14 malades, on a pu constater l'existence d'une atrophie de la muqueuse de l'estomac, dans une grande étendue. Des deux autres malades l'un, une femme, présentait de l'hyperacidité gastrique, et à l'autopsie la muqueuse de l'estomac a été reconnue comme parfaitement saine, dans les parties non envahies par le néoplasme.

Partant de ces faits, l'auteur soutient que le défaut d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, chez les cancéreux, n'est pas une conséquence directe de la néoplasie, mais celle d'une atrophie concomitante de la muqueuse. Cette atrophie, qui est la résultante d'un catarrhe ou d'une inflammation de la muqueuse gastrique, peut s'observer indépendamment de toute dégénérescence cancéreuse de l'estomac. L'auteur en cite deux nouveaux exemples, concernant deux femmes, qui ont succombé après avoir présenté les symptômes d'une maladie de l'estomac; le dénouement fatal a été précipité par la survenance de troubles intestinaux.

D'après l'auteur, toute affection intercurrente du tube digestif imprime une gravité extrême au pronostic de l'atrophie de la muqueuse de l'estomac.

VII. — MM. Klemperer et Scheurlen ont expérimenté sur des chiens auxquels ils liaient le cardia et le pylore, pour rechercher si l'acide oléique libre, introduit dans l'estomac ainsi isolé était absorbé. Ils ont constaté que cette absorption fait complètement défaut, contrairement a ce qui a lieu avec d'autres substances, avec le sucre notamment. Après trois heures de séjour de l'acide oléique dans l'estomac ligaturé à ses deux bouts, cet organe ne renfermait plus que l'acide en question, plus une proportion d'acide chlorhydrique d'environ 1 pour 1000.

D'autres expériences ont fait voir que si on laisse séjourner dans l'estomac, lié à ses deux bouts, de l'huile d'olives neutre, au bout de quelques heures, il y a mise en liberté d'une certaine quantité d'acide oléique, (environ 1/2 0/0 de la quantité d'huile introduite. Ce dédoublement de la matière grasse est opéré par le suc gastrique et non par les micro-organismes qui peuvent être en suspension dans le contenu de l'estomac, car en exposant à la température du corps humain, de l'huile additionnée de différents produits microbiens, il ne s'est jamais formé plus de 1/2 0/0 d'acide oléique. Enfin, après introduction de 100 grammes d'huile d'olives dans l'estomac d'un homme à jeun, les deux auteurs ont constaté au bout de deux heures la présence de 1 à 2 0/0 d'acide oléique ; à la suite d'un séjour plus prolongé, la proportion d'acide oléique peut s'élever à 6 0/0.

VIII. — M. Brünner constate que, dans ces derniers temps, les pathologistes ont reconnu la nécessité d'attribuer un rôle important aux troubles moteurs de l'estomac, dans le développement des affections du tube digestif. C'est surtout l'insuffisance des fonctions motrices de l'estomac, qui est à considérer dans la pathogénie des troubles dyspeptiques. On s'est donc mis en quête de trouver des moyens permettant de diagnostiquer cette insuffisance motrice. Comme tel, Ewald et Sievers ont proposé l'emploi du salol, combinaison du phénol et de l'acide salicylique. Dans le contenu stomacal neutre ou acide, le salol se conserve intact ; entraîné avec les aliments, de l'estomac dans l'intestin, il se dédouble, au contact du suc

(1) Bull. Soc. anat., 9 juillet 1886.
(2) Voir le numéro précédent.

pancréatique, en ses deux composants. L'acide salicylique est absorbé et passe dans les urines, où on peut déceler sa présence au moyen d'un réactif bien connu (solution neutre de perchlorure de fer). Le temps qui s'écoule entre l'ingestion du salol et l'apparition de l'acide salicylique dans les urines peut, selon Ewald et Sievers, servir à mesurer l'activité des fonctions motrices de l'estomac: dans les circonstances normales, il s'écoulerait au minimum 30 minutes, au maximum de 60 à 70 minutes entre l'ingestion du salol et l'apparition de l'acide salicylique dans les urines. Lorsque cet intervalle est plus considérable, c'est preuve que les fonctions motrices de l'estomac sont insuffisantes.

M. Brünner conteste l'exactitude de ces conclusions. Les recherches qu'il a faites sur 60 sujets sains lui ont fourni la preuve que, chez un même individu et dans les mêmes conditions d'expérimentation, le temps qui s'écoule entre l'ingestion du salol et le passage de l'acide salicylique dans les urines, est soumis à de nombreuses variations d'un jour à l'autre. Dans beaucoup de cas, cet intervalle dépassait notablement le temps fixé par Ewald. M. Brünner cite notamment ce fait qu'à la suite d'une faradisation énergique des parois abdominales, l'apparition dans les urines de l'acide salicylique, produit du dédoublement du salol, n'était pas avancée, elle était même quelquefois retardée, alors qu'il était acquis que la faradisation activait les mouvements de l'estomac et abrégeait la durée du séjour des aliments dans cet organe.

D'autre part, les expériences faites sur des sujets malades ont démontré que, dans les cas de dilatation considérable de l'estomac, l'acide salicylique était relativement prompt à paraître dans les urines, après ingestion de salol. Ainsi chez trois cancéreux, avec ectasie gastrique considérable, le temps qui s'écoulait entre l'ingestion du salol et l'apparition de l'acide salicylique dans les urines a été une seule fois de 100 minutes; le plus souvent elle ne dépassait pas 50 à 60 minutes. Le procédé proposé par Ewald et Sievers pour juger de l'activité motrice de l'estomac n'a donc pas une grande valeur.

M. Klemperer vient d'en proposer un autre, qui consiste à introduire dans l'estomac du sujet 105 grammes d'huile; ce corps gras ne subit pas d'altération notable pendant son séjour dans l'estomac; tout au plus, une faible portion se dédouble-t-elle en acide oléique, dans la proportion de 1 à 2 pour 100, ainsi qu'il résulte des recherches mentionnées plus haut. Donc si, au bout de deux heures, on retire le contenu de l'estomac, toute l'huile qui a disparu a passé dans l'intestin. Dans les circonstances normales, la quantité d'huile qui passe dans l'intestin au bout de deux heures est de 70 à 80 grammes d'après M. Klemperer; est-elle moindre, c'est que les fonctions motrices de l'estomac sont insuffisantes. En utilisant ce procédé, M. Klemperer est arrivé à conclure que dans les cas de catarrhe chronique de l'estomac, l'exacerbation des troubles dyspeptiques est en rapport avec l'insuffisance motrice de l'estomac. Dans les dyspepsies des névropathes et de certains neurasthéniques, c'est également l'insuffisance motrice de l'estomac qui est en cause. Dans ces cas, la thérapeutique, pour être efficace doit donc s'adresser à l'état des centres nerveux et de la motilité de l'estomac.

M. Brünner, en reprenant les expériences de M. Klemperer, a trouvé que, dans les circonstances normales, la quantité d'huile qui passe de l'estomac dans l'intestin, en l'espace de deux heures, varie de 55 à 70 grammes, que, dans les cas d'affection de l'estomac, cette quantité est, en général, moindre, mais que la différence n'est pas très sensible. Bref, pour M. Brünner, le procédé de Klemperer n'est ni rigoureux, ni très pratique. Il lui préfère le procédé imaginé par Leube et modifié par Riegel: Faire faire au malade, à son heure habituelle, un repas mixte; au bout de sept heures, évacuer le contenu de l'estomac avec la sonde. La quantité de contenu stomacal obtenue dans ces conditions permet de juger la rapidité avec laquelle l'estomac se débarrasse des aliments ingérés. L'expérience ayant appris que, même dans le cas de torpeur des fonctions motrices de l'estomac, cet organe se débarrasse quelquefois de tout son contenu en l'espace de sept heures, Riegel a adopté comme ligne de conduite, de soutirer le contenu de l'estomac cinq heures après le repas. D'après Brünner, c'est ce procédé qui jusqu'ici a donné les meilleurs résultats quand il s'agissait de se renseigner sur l'état des fonctions motrices de l'estomac.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PATHOLOGIE MENTALE

VARIATIONS DE LA PERSONNALITÉ, par les docteurs H. BOURRU et P. BUROT (Paris, J. B. Baillière et fils, 1888).

Ce volume fait partie de la bibliothèque scientifique contemporaine éditée par la maison Baillière. Il a pour objet l'étude de certaines modifications de la personnalité.

Ce n'est point, en effet, l'analyse complète des modifications de la personnalité que les auteurs se sont proposé d'aborder dans cet ouvrage. Il n'y est question que de celles de ces modifications qui se produisent dans les états hypnotiques et encore, parmi ces dernières, de celles uniquement qui ont pour caractère fondamental l'alternance ou l'enchevêtrement de deux ou plusieurs personnalités, en un mot, des états désignés sous le nom de *double conscience*. C'est à ces états, formant pour eux la troisième catégorie des modifications de la personnalité, que MM. Bourru et Burot ont limité leur étude.

Il résulte de cette explication préliminaire que le titre du volume: variations de la personnalité, ne donne pas une idée suffisante de son véritable objet. Il est écrit, d'ailleurs, d'une façon simple, claire, méthodique, et les nombreuses illustrations qui l'accompagnent ajoutent encore à son intérêt. C'est plus qu'il n'en faut pour qu'il soit consulté avec fruit par tous ceux qui se tiennent au courant des choses qui relèvent directement ou indirectement de l'hypnotisme.

LES FRONTIÈRES DE LA FOLIE, par le Dr A. CULLEVRE, (Paris, J. B. Baillière et fils 1888).

Ce petit volume est sans contredit l'un des plus intéressants et des mieux écrits de ceux qui composent la collection de la Bibliothèque scientifique contemporaine. C'est l'histoire de tout un monde qui vit et s'agite à demi ignoré entre la raison et la folie, oscillant de l'une à l'autre, un état perpétuel d'équilibre instable. Cette *zone mitoyenne* comme l'appelle Maudsley, est encore très imparfaitement connue et ce n'est guère que depuis Morel qu'on en a commencé sérieusement l'étude. Plusieurs des catégories d'individus qu'elle renferme ont été mises en lumière dans des travaux récents, et il est admis aujourd'hui qu'une infinité de délires avec conscience, tels que l'agoraphobie, la folie du doute, la dipsomanie, la pyromanie, l'érotomanie et les perversions sexuelles etc. etc., et d'une façon générale tous les états désignés à l'heure présente sous le nom de syndrômes épisodiques des héréditaires ou dégénérés appartiennent légitimement à ce territoire spécial de psychopathies.

L'ouvrage de M. Cullevre est le résumé de l'état actuel de la

science sur cette question si intéressante des semi-aliénés, et il constitue à cet égard une fidèle mise au point. Méthodiquement conçu, bien divisé, nourri de faits, d'une lecture facile et agréable, il s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi et surtout au public lettré, auquel il offre un tableau fidèle de ces déséquilibrés qu'on heurte si fréquemment dans la vie sans reconnaître leur véritable nature, et qui sont en réalité des anormaux, remplissant le vestibule et la porte d'entrée de la folie.

Il me suffira pour donner une idée de l'intérêt qui s'attache au livre de M. Cullerre, d'indiquer sommairement les titres et sous-titres des chapitres qui le composent.

1° *les Obsédés* (peur des espaces, folie du doute, crainte des contacts, délire du toucher); 2° *les Impulsifs* (impulsions au suicide et à l'homicide, dipsomanie, impulsions au vol, aux achats, au jeu, pyromanie); 3° *les Excentriques* (lunatiques, instables, aventuriers, extravagants, sordides, orgueilleux, dissipateurs, inventeurs, rêveurs, utopistes); 4° *les Persécuteurs* (persécutés, persécuteurs, processifs, jaloux); 5° *les Mystiques* (mystiques, fanatiques, crotomanes); 6° *les Pervertis* (hystériques, menteurs, simulateurs, criminels); 7° *les Sexuels* (anomalies de l'instinct sexuel; perversions du sens génital; autres aberrations sexuelles).

Toutes ces descriptions, où chaque type est bien à sa place et bien en relief, sont précédées de considérations générales sur la folie et l'hérédité qui servent d'entrée en matière, et suivies de deux chapitres formant conclusion, l'un consacré aux questions de médecine légale et à la défense de l'irresponsabilité absolue dans la folie, l'autre ayant pour objet la folie dans ses rapports avec la civilisation (talent, génie, psychologie dans la littérature et l'art.

La folie chez les enfants, par le Dr Paul Moreau (de Tours), (Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1888).

L'auteur, qui avait déjà publié un intéressant volume sur l'homicide commis par les enfants, a condensé cette fois dans un nouvel ouvrage qui fait partie de la bibliothèque scientifique contemporaine, les principaux faits relatifs à l'histoire des psycho-névroses de l'enfance.

Dans une première partie très détaillée, il indique les causes multiples de ces affections, en insistant surtout sur la plus importante de toutes, l'hérédité. Dans une seconde, il passe en revue les diverses formes morbides, depuis les convulsions, l'éclampsie et les tics, jusqu'aux arrêts de développement et aux névroses les plus graves, en passant par les troubles intermédiaires, parmi lesquels figurent les terreurs nocturnes, la peur, l'excentricité, les aberrations, le somnambulisme, tous états plus spéciaux aux enfants. En signe continuateur de l'idée paternelle sur la parenté du génie et de la folie, M. Paul Moreau (de Tours) termine cette partie clinique par une chapitre consacré aux enfants prodiges, dans lequel il montre par des exemples historiques que la trop grande précocité des facultés ou des aptitudes artistiques se lie à une exaltation nerveuse qui aboutit bien souvent aux désordres de la névrosité, physiques et moraux, à la mauvaise santé générale, à la mort prématurée.

L'ouvrage se termine enfin par une troisième partie dans laquelle, après avoir examiné le diagnostic, le pronostic et les conséquences médico-légales des maladies mentales de l'enfance, l'auteur indique en quelques pages les soins et mesures de protection à employer contre elles. Ces conseils surtout prophylactiques, se résument dans la phrase suivante, qui clôt heureusement le volume. « Fortifier le corps tout en imprimant une saine direction aux facultés psychiques, telle est la loi qui doit primer toutes les autres. »

Traité clinique des maladies mentales, par le Dr H. Schüle, (3e édition 1886), traduit par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel, Paris 1888, Lecrosnier et Babé, lib. édit.)

Le vent est aux traductions, aux traductions allemandes surtout. Il ne faut pas s'en plaindre, puisqu'elles permettent aux travailleurs français, trop nombreux hélas! qui ne peuvent prendre connaissance des publications étrangères dans la langue originale, de les parcourir sans effort, grâce à une interprétation plus ou moins fidèle.

A ce point de vue, on ne peut que savoir gré à MM. J. Dagonet et G. Duhamel de l'excellente traduction qu'ils viennent de nous donner du *Traité clinique des maladies mentales* de Schüle. Cet ouvrage, qui forme le seizième volume de l'importante collection de Ziemssen, a été accueilli en Allemagne avec une faveur marquée; il est, en effet, à sa troisième édition (1886) et est devenu un livre classique. Quant à l'auteur, avec Krafft-Ebing, Westphal, Leidnsdorf et Mendel, c'est un des maîtres des plus autorisés de la psychiâtrie allemande contemporaine.

La classification de Schüle, qui résume ses idées générales sur la folie et lui sert en même temps de plan pour les développements de son livre, est basée sur le principe de division qui tend à prédominer à l'heure actuelle et qui sépare les états d'aliénation mentale en deux grandes classes, suivant le terrain organo-psychique *complètement* ou *incomplètement* formé sur lequel ils se développent. C'est à quelques différences, près le point de départ de la classification de Krafft-Ebing, de Morselli et de celui que j'ai adopté moi-même en divisant les états d'aliénation en vésanies ou aliénations fonctionnelles, et infirmités mentales ou aliénations organiques.

Le reproche qu'on pourrait faire à Schüle, c'est d'user et d'abuser des subdivisions. Je ne sais si, dans les autres branches de la science, les Allemands manifestent le même tempérament et les mêmes procédés d'étude, mais en psychiâtrie ce sont des analyses à outrance qui poussent l'investigation psychologique jusqu'à ses dernières limites. De là des variétés et sous-variétés à l'infini dans leurs types morbides. L'esprit tudesque s'accommode peut-être fort bien de ce mode de faire, mais il faut reconnaître qu'il ne convient guère à notre esprit français, trop ami de la précision et de la synthèse pour ne pas s'égarer dans ce dédale de descriptions trop multiples.

Un reproche plus sérieux qu'on pourrait adresser à l'auteur allemand, c'est de n'avoir pas tenu assez compte, même dans les cas obligés, de travaux français. Chacun de ses chapitres est, en effet, précédé d'une notice bibliographique destinée à rappeler les principales publications relatives au sujet traité. Or, ces notices constituent un des points les plus délicats de l'ouvrage, car elles obligent l'auteur à un travail ardu en même temps qu'à une stricte impartialité. Dans Schüle, elles ne donnent que l'illusion de la vérité, surtout en ce qui concerne la bibliographie française. C'est ainsi que, parmi les traités généraux, ne sont pas mentionnés ceux de Marcé, de Luys, de Ballet, chose plus extraordinaire encore, que, dans la notice consacrée au délire de persécution, ne figure pas le nom de Lasègue, qui a créé de toutes pièces ce type morbide et en a donné une description magistrale, à laquelle on a peu ajouté depuis.

En somme, et malgré la prédiction du Dr H. Dagonet dans sa préface, nous ne pensons pas que l'ouvrage du Dr Schüle

obtienne en France le même succès qu'en Allemagne. Il présente certainement un réel intérêt, mais je doute, qu'en dehors des spécialistes, obligés de se tenir exactement au courant de l'évolution de la psychiâtrie à l'étranger, il offre assez de précision, de méthode et de clarté pour répondre aux légitimes exigences de la majorité du public médical français.

La folie érotique, par le professeur B. Ball, (Paris lib. J. B. Baillière et fils 1888).

Cet opuscule est la reproduction de très intéressantes leçons du savant professeur de Sainte-Anne sur la folie érotique, envisagée non point exclusivement comme entité clinique, mais dans son ensemble, c'est-à-dire au point de vue sémiologique.

Comme Esquirol, M. Ball admet deux types principaux de folie érotique : l'*érotomanie* ou folie de l'amour chaste, et la *nymphomanie* ou folie avec excitation sexuelle ; mais il en ajoute un troisième, la *perversion sexuelle*. Chacun de ces types, sauf le premier, comprend plusieurs formes. Ainsi dans l'excitation sexuelle, on observe les formes hallucinatoire aphrodisiaque, obscène et la nymphomanie. Dans la perversion sexuelle on trouve également plusieurs catégories d'individus, les sanguinaires, les nécrophiles, les pédérastes et les intervertis.

Le professeur étudie successivement dans ses leçons chacune de ces variétés morbides et il en donne les principaux caractères cliniques en s'appuyant sur des exemples du plus haut intérêt.

Il en ressort d'une façon évidente que la plupart, pour ne pas dire la totalité des individus qui se signalent à l'attention publique par un de ces actes de sexualité bestiale qui révoltent la nature humaine, ne sont autre chose que des malades anormaux par leur origine, leurs facultés et leurs instincts. Cette constatation était une fois de plus nécessaire, et M. Ball a bien fait de l'appuyer de sa haute autorité. Il est plus consolant, en effet, de penser que ces monstrueux attentats, dont les journaux nous entretiennent de temps à autre, sont le fait d'une aberration mentale, et qu'à ce titre ils relèvent non des juges et du bourreau, mais du médecin et de l'asile d'aliénés.

E. Régis.

REVUE DES THÈSES

Des altérations crâniennes dans le rachitisme par Félix Regnault, thèse de Paris 1888. — G. Steinheil éditeur.

L'auteur de cet essai intéressant arrive à démontrer : 1° que les enfants sains sont plus brachycéphales que l'adulte, ce qui tient à l'absence des sinus frontaux. Pour la même raison, le diamètre antéro-postérieur métopique est plus développé que le maximum ; 2° que chez l'enfant rachitique, si le tour de tête n'est pas plus grand que chez un enfant normal du même âge, la tête est grosse relativement à la taille qui est diminuée. De plus, l'indice céphalique est plus fort que celui des enfants normaux et le rachitisme entraîne d'autant plus la brachycéphalie que le rachitisme est plus déformant et plus généralisé. Même sans déformations accentuées le rachitisme grave aigu amène la brachycéphalie (1);

Enfin les bosses frontales ne sont pas plus accentuées que chez les enfants normaux, et les déformations partielles, plagiocéphales, scaphocéphales, etc., ne paraissent guère plus fréquentes.

3° Que chez l'adulte rachitique guéri, si le volume de la tête n'est, d'une façon absolue, pas plus gros que celui de la moyenne des individus, il est très volumineux relativement à taille. En outre, la brachycéphalie tend à diminuer, mais est encore plus forte de près de deux unités que la moyenne normale. Les bosses frontales ne sont pas plus saillantes que sur le crâne normal.

D'après M. Regnault, les particularités les plus fréquentes existant sur un crâne rachitique guéri paraissent être la dépression natiforme, la persistance partielle des sutures métopique et interoccipitale (entre l'écaille et la base de l'occipital) et l'élargissement des trous pariétaux. La complication des sutures, la persistance d'os wormiens, la saillie de l'occipital en arrière sont aussi bien plus fréquentes que sur le crâne normal.

Une lésion remarquable et jusqu'à présent peu étudiée serait l'enfoncement de la partie inférieure de l'occipital par la colonne vertébrale : elle pourrait provoquer tous les symptômes cités plus haut. Mais le petit nombre des faits, quatre cas sur neuf têtes examinées, n'autorise pas encore une affirmation absolue.

Dr A.

Des rapports de la chlorose avec la tuberculose. Thèse de Paris, 1888.

D'après M. N. Féliei, élève de M. Potain, l'observation montre que la chlorose vraie coexiste fréquemment avec la phthisie pulmonaire et que l'hérédité peut, dans une même famille, se manifester tantôt sous forme de tuberculose chez quelques-uns des descendants, tantôt sous forme de chlorose chez d'autres, et aussi par une combinaison des deux états chez quelques-uns.

Lorsque la tuberculose se développe chez une personne chlorotique, l'invasion de la maladie est annoncée par la résistance toute spéciale de la chlorose au traitement et plus tard par la diminution, voire même la disparition de souffles vasculaires. Ces phénomènes imposent au médecin l'obligation d'ausculter très attentivement les poumons. Au point de vue thérapeutique, on pourra recourir, chez les individus à hérédité suspecte, au traitement habituel de la chlorose, à la condition toutefois de surveiller attentivement les résultats du traitement, et de se tenir prêt à le modifier suivant les besoins.

Dr F. A. L.

Contribution a l'étude clinique des ostéosarcomes, par E. Bargy. (Thèse de Paris.)

Les ostéosarcomes peuvent débuter spontanément sans cause appréciable ou être déterminés par un accident tel qu'un traumatisme. Il se produit tout d'abord de la douleur dont le siège le plus habituel est l'extrémité des os longs, douleur augmentant par la pression et ne disparaissant ni par le repos prolongé ni par l'immobilisation du membre atteint. Peu après survient un gonflement, une tumeur variable de forme et de consistance, tantôt dure et peu volumineuse au point de faire songer à une exostose ou à une hyperostose, tantôt au contraire développée et mollasse, parsemée de points véritablement fluctuants qui ne sont autre chose que des kystes sanguins; parfois enfin pulsatile au point d'en imposer pour un anévrysme artériel. Il n'est pas jusqu'à des épanchements intéressant qui, soulevant parfois le périoste, ne fassent songer à une simple inflammation de cette membrane : l'existence d'un rebord dur lève les doutes et démontre la nature réelle de la

(1) Les rares exceptions à cette règle sont expliquées soit par une soudure partielle ou précoce de la suture sagittale, soudure amenant la scaphocéphalie ; soit par l'époque récente de l'apparition du rachitisme, la maladie n'ayant pas alors eu le temps de provoquer des déformations crâniennes.

partie atteinte. L'infiltration de la substance osseuse par la néoformation rend compte des nombreuses fractures spontanées qu'on observe. Le sarcome respecte le plus souvent les surfaces articulaires et a peu de tendance à ulcérer la peau. Dans les cas où des lésions cutanées se produisent, on peut avoir à incriminer une thérapeutique intempestive ou un traumatisme. La marche régulièrement progressive de l'affection commande une intervention rapide.

Ch. AMAT.

BULLETIN

NATURE ET TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE. — LA MÉDECINE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE

La diphthérie, dont on ne saurait trop avoir constamment présentes à l'esprit l'extension progressive et la léthalité, ne cesse à juste raison d'être l'objet de recherches et de travaux. La question qui domine toujours la thérapeutique de cette cruelle maladie est celle de sa nature, c'est-à-dire la question de savoir si elle constitue d'emblée une maladie générale dont les fausses membranes des voies aériennes supérieures sont une simple manifestation locale ou si, inversement, elle est une maladie locale entraînant consécutivement une infection générale.

Expérimentalement les recherches de MM. Roux et Yersin, dont nous avons entretenu nos lecteurs (1), ont résolu la question : la diphthérie est une maladie primitivement locale. Mais cette solution est-elle aussi bien confirmée par les faits sur le terrain clinique que sur le terrain expérimental ? C'est ce qu'a entrepris de rechercher M. le Dr Jules Simon dans une série de conférences que les journaux ont reproduites en grande partie, et qu'il a eu l'heureuse idée de réunir en une brochure (2). Disons de suite que les conclusions de ces recherches sont confirmatives de celles des deux habiles expérimentateurs ; aussi M. Jules Simon définit-il la diphthérie « une affection pseudo-membraneuse, envahissant de préférence les voies aériennes supérieures, et dont les fausses membranes contiennent *toujours* le *bacille de Klebs*. »

Donc, et avant tout, la diphthérie est une affection bacillaire. Le bacille de Klebs est, dans cette affection, ce que le bacille de Koch est dans la tuberculose. « *Toute fausse membrane*, dit M. Jules Simon, *qui contient ce microorganisme est diphthéritique* ; *toute fausse membrane qui ne le renferme pas, n'est pas due à la diphthérie.* »

Après avoir établi que la maladie expérimentale produite par les inoculations de MM. Roux et Yersin est bien la diphthérie, car elle présente tous les symptômes de celle-ci, y compris les phénomènes paralytiques, M. J. Simon compare cette maladie expérimentale à la diphthérie humaine, et tire de ce rapprochement des enseignements propres à éclairer et à diriger sur certains points la clinique.

Ainsi, en ce qui concerne l'invasion de la maladie, l'expérimentation montre que le bacille de Klebs ne se développe pas sur une muqueuse saine, et qu'il donne lieu au contraire à une rapide apparition de fausses membranes quand on irrite préalablement cette muqueuse, qu'on l'excorie, qu'on la dépouille de son épithélium. On sait, de même, en clinique, combien la diphthérie est fréquente à la suite d'une angine simple, de la rougeole, de la scarlatine, etc., dans tous les cas, en un mot, où la muqueuse des premières voies respiratoires est plus ou moins altérée. De là l'indication de bien surveiller toujours l'état de cette muqueuse et d'en traiter immédiatement les moindres lésions.

Le bacille de Klebs étant toujours le même, l'inoculation provenant d'un cas bénin donne lieu fréquemment chez les animaux à des cas graves et mortels. L'intoxication générale qu'il produit est en raison directe de la quantité de poison qu'il élabore, et celle-ci dépend elle-même des conditions du milieu, plus ou moins favorable au développement et à la multiplication du bacille. Des faits analogues s'observent en clinique ; de là l'indication de détruire le microbe sur place et, comme preuve qu'il en est bien ainsi, on a vu souvent la diphthérie rétrocéder ou s'aggraver, suivant que les prescriptions ayant pour but de détruire localement le bacille étaient plus ou moins fidèlement exécutées. M. J. Simon en cite des exemples frappants.

La démonstration expérimentale que l'intoxication générale est bien due aux produits élaborés par le bacille, a été faite par MM. Roux et Yersin. On sait qu'en injectant à des animaux du bouillon de culture privé de microbe, ils ont vu ces animaux succomber avec les symptômes et présenter à l'autopsie les lésions qu'on observe dans la diphthérie infectieuse mortelle de l'homme. L'identité de la diphthérie humaine avec la diphthérie et l'intoxication diphthéritique inoculées expérimentalement est donc un fait désormais acquis. M. J. Simon formule ainsi cette conclusion générale :

« L'expérimentation et la clinique, comparées, se trouvent donc contrôlées l'une par l'autre, et légitiment de tous points la définition de la diphthérie, telle que je vous l'ai exposée au début, qu'il s'agit bien d'une affection pseudo-membraneuse dont la caractéristique suffisante et nécessaire est la présence du bacille de Klebs, car tous les symptômes sont sous la dépendance des fonctions de ce micro-organisme. »

La conséquence pratique d'une conception aussi nette et aussi précise de la nature de la maladie, c'est que le traitement local doit primer le traitement général ; le premier a pour but de détruire le bacille, d'empêcher tout au moins son développement et de prévenir ainsi l'élaboration des produits toxiques, source de l'infection générale ; le second a pour objet de combattre les effets de cette infection, quand on a été impuissant à la prévenir, mais avant tout et surtout de soutenir dès le principe les forces de l'organisme pour lui permettre de lutter et contre l'envahissement des bacilles, et contre la toxicité de leurs produits.

Les praticiens de nos jours, sauf de rares exceptions, s'inspirent des notions précédentes, et dans les travaux qu'ils publient, dans les discussions dont ces travaux sont l'objet au sein des Sociétés médicales, si les agents que chacun préconise pour modifier l'état local diffèrent quelque peu, la médication reste au fond la même.

M. Jules Simon donne la préférence à l'acide salicylique, dont il formule ainsi la solution employée en badigeonnages :

Acide salicylique..............	0 gr. 50 à 1 gr.
Alcool.........................	Q. S. pour dissoudre.
Glycérine......................	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus...........	60 —

Si les fausses membranes sont épaisses, il pratique en outre des attouchements 2 à 4 fois par jour avec un mélange à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine. Il prescrit en même temps des irrigations faites toutes les deux heures

(1) V. *Gazette médicale*, n° 2, p. 22.

(2) *Nouvelles études sur la diphthérie*, par le Dr Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants. Paris. G. Masson, éditeur, 1889.

avec différentes solntions : ean de chanx médicinale, acide borique à 4 0/0, eaü de Vichy, ean phéniqnée 1 0/0 Les mêmes solntions sont employées en gargarismes. On y joint, 5 on 6 fois par jour, des pulvérisations faites pendant quinze on vingt minntes, an moyen d'un pulvérisateur à vapeur, avec des solntions de teinture d'eucalyptus, de thymol doré, etc., et des vaporisations an milieu de la chambre avec des solntions de gondron on d'encalyptus.

En compulsant les communications les plus récentes, on tronve indiqnés, comme agents topiqnes, le chloral, le sublimé, l'acide borique, le perchlorure de fer, l'iodoforme (Zannellis), le tannin (Couzot, Créquy), l'hnile phénico-camphrée (Soulez, Gaucher, P. Le Gendre), la térébenthine (Delthil), l'essence de menthe poivrée (Braddon), la résorcine (Leblond), le sel marin (Seibert), etc.; pour les inhalations ou vaporisations, l'eau oxygénée (Hofmak), l'oxygène (P. Langlois), les solutions phéniquées (Renou), le gondron et la térébenthine (Delthil), etc. Tous ces agents, en définitive. appartiennent à la médication antiseptique et si, dans leur mode d'application, on met plus on moins d'énergie, plus ou moins de persévérance, ceci ne change rien au fond de la méthode.

Le même accord se constate au point de vne des indications générales à remplir, et qui consistent à maintenir les malades dans une chambre aérée, au sein d'une atmosphère non desséchée, à une température de 15 à 17° c., à les nourrir le plus possible (bouillon, lait, œufs, purées et gelées de viande, peptones, vins, café, thé, etc.), à les tonifier, etc.

Nous ne citons que pour mémoire la trachéotomie, qui n'intervient que comme opération d'urgence, et ne change rien an traitement qui précède.

Nous ne dirons rien non plus de la prophylaxie, qui a fait l'objet d'un bulletin précédent (1) et se résume en deux mots : isolement, antisepsie.

Ce qui nous semble ressortir des différents travaux qui nous ont fourni les éléments du présent bulletin, c'est que la notion du bacille de Klebs et de ses effets, confirmée expérimentalement et cliniquement, a eu pour conséquence l'institution d'une méthode de thérapeutique et de prophylaxie qui semble devoir rallier l'opinion de la généralité des praticiens. C'est déjà un avantage précieux que d'avoir, en présence d'une maladie si grave, une règle de conduite en quelque sorte toute tracée. Espérons que les résultats cliniques répondront à tous les efforts et justifieront la voie dans laquelle on est entré.

— L'exposition universelle, dont l'ouverture a eu lieu lundi dernier, comme cela avait été annoncé, intéresse toutes les branches de l'activité humaine, sciences, arts, industrie, commerce, agriculture, etc. On ne s'est pas borné à réunir dans une même enceinte les produits innombrables de cette activité, on a convié les travailleurs de tous les pays à venir échanger leurs idées et apporter leur contingent dans cette somme de recherches et de découvertes qui prépare et assure le progrès. On sait que soixante-dix Congrès environ se tiendront à Paris pendant la durée de l'exposition.

La médecine, par les agents et les moyens dont elle dispose pour protéger la santé de l'individu et des populations occupe une place importante dans les galeries du Champ de Mars et de l'Esplanade des Invalides; par les sciences qui lui servent de base et les applications immédiates qu'elle en tire, elle a aussi sa place marquée dans de nombreux congrès. La *Gazette médicale* consacrera une série de feuilletons à la description des expositions partielles relatives à l'art de guérir, et le journal des *Sociétés scientifiques* pnbliera un compte rendu sommaire des Congrès concernant les sciences médicales et leurs applications. Nos lecteurs seront ainsi tenns au courant de tont ce qui, dans ce grand monvement, pourra les intéresser.

Dr F. de Ranse.

(1) *Gazette médicale*, n° 9, p. 105.

NOTES ET INFORMATIONS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Nons rappelons qne l'assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu dimanche 12 mai, à deux heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance pnblique, avenue Victoria.

Voici l'ordre dn jour de cette séance :

Allocution par M. le président Heuri Roger.

Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. le Dr Brun, trésorier.

Rapport sur cet exposé, par M. le Dr Boutin, membre du Conseil général.

Rapport sur l'ensemble des actes de l'Association pendant l'exercice 1888, par M. le Dr Riant, membre du Conseil général.

Rapport sur les pensions viagères dont le Conseil général propose l'obtention, par M. le Dr Passant (1re partie).

A 7 heures, le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales, à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione.

On souscrit, directement ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale 23.

Prix de la souscription : 20 francs.

Les conférences cliniques des hopitaux du Midi et de Lourcine. — Les médecins et les chirurgiens des deux hôpitaux du Midi et de Lourcine se sont entendus pour fonder en commun des conférences cliniques à l'instar de celles qui se font le jeudi, à l'hôpital St-Louis et qui ont obtenu un si grand et si légitime succès. Ces conférences auront lieu le mercredi, alternativement, à l'hôpital du Midi et à celui de Lourcine. Elles commenceront mercredi prochain, 15 mai, à l'hôpital du Midi.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de M. Adenot, interne des hôpitaux.

***

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Commandeurs. — MM. les Drs Frilley et Gaujot (médecins militaires); Duplouy (médecin de la marine).

Officiers. — MM. les Drs Boisseau, Debaussaux, Delahousse, Lortat-Jacob, Weber et Willigens (médecins militaires); Bouchard (médecin de l'armée territoriale); Dupont, Friocourt et Guès (médecins de la marine), Lortat Jacob.

Chevaliers. — MM. les Drs Moizard (de Paris), Paulus (de Josselin), Viguier (de Saint-Antonin), Isaac; Audet, Baillif, Courtot, Dantin, Doubre, L'Héritier de Chezelle, Lœwel, Michaud, Ocana, Robert Rouire, Sauveroche, Strauss, Tibal et Villedary (médecins militaires); Clos et Treille (médecins de l'armée territoriale); Baril, Bertrand, Bohéas, Canolle, Galibert, Griès, Grisolle, Hénaff, Hercouet, Quédec et Raffaelli (médecins de la marine).

***

Concours d'agrégation d'anatomie et physiologie. — Ce concours commencera le mercredi 15 mai 1889 à 4 heures du soir.

Les candidats de la section d'anatomie sont au nombre de trois, tous trois pour la Faculté de Paris. Ce sont MM. Guinard, Retterer et Variot.

Les candidats de la section de physiologie sont au nombre de neuf. Ce sont :

1° Pour la *Faculté de Paris* : MM. Crosnier de Varigny, Gley Langlois, Pagès;

2° Pour la *Faculté de Montpellier* : MM. Abelous et Lapeyre.

3° Pour la *Faculté de Bordeaux* : M. Hédon;

4° Pour la *Faculté de Lille* : M. Meyer;

5° Pour la *Faculté de Lyon* : M. Vialleton.

Le jury se compose de :

1° *Juges titulaires* : MM. Mathias Duval, président, Farabeuf, Charles Richet, François Franck, Paulet (de Montpellier), Tourneux (de Lille), Morat (de Lyon);

2° *Juges suppléants* : MM. Straus, Poirier, Remy et Reynier.

Concours d'agrégation de physique, chimie et pharmacie. — Ce concours s'ouvrira le mercredi 15 mai 1889 à midi.

Le jury se compose des professeurs et agrégés dont les noms suivent :

1° *Juges titulaires* : MM. Gavarret, président ; Gariel, Armand Gautier, Regnauld, Engel (de Montpellier), Charpentier (de Nancy), Figuier (de Bordeaux).

2° *Juges suppléants* : MM. Proust, Hanriot, Gabriel Pouchet, Villejean.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 AU SAMEDI 4 MAI 1889.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 3. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 33. — Autres, 5. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 26. — Bronchite chronique, 39. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 75. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 13. — Biberon, 38. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5. — Fièvre et péritonites puerpérales, 0. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 23. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 984.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Imp. A. PARENT. A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GENERALE

Maladies générales chroniques et amyotrophies.

Ce serait rééditer une assertion banale que d'énoncer une fois de plus le rapport qui existe entre l'évolution des maladies générales chroniques, à tendance dénutritive, cachectisante, et l'amaigrissement, l'émaciation, l'atrophie des divers tissus ou systèmes organiques, particulièrement du système musculaire. Cependant il y a une remarque à faire, précisément en ce qui concerne ce dernier : c'est que le rôle qui lui incombe dans cette dépression générale préparée par la cachexie, n'a pas été jusqu'à présent déterminé d'une manière assez rigoureuse. On trouve bien ses altérations mentionnées dans la plupart des traités de pathologie, mais à titre accessoire et sans que les auteurs se soient préoccupés d'en rechercher le mécanisme. Il y avait pourtant là une question d'un haut intérêt, une question de physiologie pathologique très délicate et très élevée. Récemment des recherches ont été entreprises de divers côtés sur ce sujet. Les plus originales et les plus complètes sont dues à M. Klippel qui en a consigné les résultats dans sa remarquable thèse inaugurale. C'est à ce travail que nous empruntons une partie des considérations qui vont suivre.

Nous éliminons tout d'abord de cet exposé les atrophies localisées, partielles, dont le type nous est fourni par celles qui surviennent dans le voisinage et à la suite des jointures, atrophies extrêmement fréquentes et auxquelles on s'accorde à reconnaître une origine réflexe. Notre étude doit se restreindre aux amyotrophies plus ou moins généralisées qui se montrent dans le cours des états cachectiques. Inutile de faire ici la nomenclature complète de ces derniers. La tuberculose à tous ses degrés, le cancer sous ses différentes formes et avec ses diverses localisations, l'impaludisme chronique, l'athérome et la sénilité, la maladie de Bright, en forment l'appoint principal. Mais ce qu'il importe de noter tout d'abord, c'est ce fait que, pour une cause univoque, c'est-à-dire pour une même maladie, le système musculaire est loin d'être atteint au même degré chez les divers individus. On le trouvera, par exemple, très altéré chez un tuberculeux cachectique, indemne chez un autre tuberculeux placé dans des conditions en apparence identiques au point de vue de l'étendue, du siège et du degré de la lésion bacillaire. Dans un autre ordre d'idées, on pourra faire la remarque suivante : c'est que l'altération musculaire se montre de bonne heure chez des malades qui ne sont qu'à la première période de l'infection tuberculeuse, à une période où les signes comme les symptômes sont encore effacés, vagues, obscurs, tandis qu'elle manque chez d'autres ou ne se révèle chez eux qu'à une période beaucoup plus avancée, à la période de ramollissement et de suppuration des cavernes, de dégénérescence graisseuse et amyloïde des viscères. Or la raison de cette inégalité dans les effets nous échappe, aucune des hypothèses invoquées n'en fournit d'explication satisfaisante.

FEUILLETON

UN MÉDECIN FRANÇAIS DU 16e SIÈCLE
JACOBUS HOLLERIUS

Décidément les médecins sont par trop ingrats pour leurs ancêtres. Si cette ingratitude a longtemps épargné quelques-uns des premiers et des plus grands défricheurs de cet immense champ de la science médicale, si Hippocrate et Galien ont été pendant de longs siècles l'objet d'une sorte de vénération et même de superstition religieuse, c'est en somme aux dépens de leurs confrères plus modestes que cette vénération s'est exercée. La fascination s'explique, car ces deux grandes figures dominèrent de si haut leurs contemporains et leurs successeurs,

« *Quantum lenta solent inter viburna cupressi;* »

que personne n'osait faire œuvre d'observation directe sans se demander ce que l'un ou l'autre de ces maîtres de l'art avait écrit sur le sujet de l'observation ou ce qu'il aurait pu en dire ou en penser. La médecine était en effet restée si longtemps dans les langes! Elle n'osait se décider à marcher sans lisières. Et ces lisières, elle les recherchait dans les œuvres des princes de la médecine qui étaient les guides et à la fois les juges suprêmes dans l'art de guérir. La tradition s'en est continuée à travers le moyen-âge et presque jusqu'à nos jours. Et si, par une sorte de révolte contre un joug trop longtemps subi, les anciennes idoles ont été renversées ou brisées, il nous est resté de ce servage une disposition très marquée à oublier trop facilement les services rendus par les chercheurs de la veille, dès que les maîtres du jour ont fait une addition ou une simple rectification aux recherches de leurs prédécesseurs. Les maîtres ne sont plus les mêmes. Les maîtres du jour ont détrôné ceux de jadis. Autrefois c'était le passé qui faisait autorité, aujourd'hui c'est le présent. Mais l'esprit médical n'a guère changé. Ne nous inclinons-nous pas devant des fétiches au lieu d'adorer des statues? Là seulement serait parfois la différence.

Le territoire de la médecine est si vaste, il est vrai, que l'on excuse volontiers les nouveaux venus d'avoir assez à faire de se rendre compte de ce qu'on voit à la surface. On les absout aisément de ne pas chercher à fouiller au-dessous pour retrouver les

Une autre remarque est relative au mode de répartition des atrophies musculaires. Bien que la tendance à la généralisation soit chez elles le fait commun, pourtant cette tendance est loin d'être absolue : il y a des cas où elles se montrent partielles on tout au moins prédominantes dans un segment du corps, dans un membre, voire même dans un on plusieurs groupes musculaires. C'est au point que Fraenkel a cru pouvoir indiquer, comme règle très générale, le début de l'amyotrophie par les membres inférieurs. M. Klippel a rencontré aussi chez quelques malades des atrophies très circonscrites. Ainsi la répartition des altérations musculaires n'est pas régulièrement uniforme, voilà une autre donnée d'une réelle importance.

En ce qui concerne le degré de l'atrophie, on peut dire qu'il est également sujet à présenter de grandes variétés. Médiocre ou peu prononcée dans la plupart des cas, celle-ci peut, dans d'autres cas, assez rares à la vérité, se rapprocher des atrophies si caractéristiques de l'affection spinale connue sous le nom de type Aran-Duchenne. De même, pour la marche et la rapidité d'évolution, il convient de distinguer deux éventualités principales. Dans un premier ordre de faits, l'atrophie se constitue lentement, marchant de pair avec les autres signes dépendant du marasme, de la cachexie : elle peut alors être considérée comme un produit direct de celle-ci, mais dans une autre catégorie de cas, son évolution est beaucoup plus rapide ; elle semble alors devancer les autres symptômes, elle est la première en date et semble relever d'une interprétation pathogénique toute différente de celle qui s'applique aux faits du premier groupe.

Les caractères cliniques des amyotrophies liées aux maladies chroniques se rapprochent sensiblement de ceux qui appartiennent aux autres atrophies, considérées d'une manière générale. La diminution de volume, la macilence des masses musculaires souvent visible à distance, la faiblesse, la parésie, la paralysie se manifestant de bonne heure par l'incapacité ou tout au moins la lenteur et la limitation forcée des mouvements, constituent les plus appréciables parmi ces phénomènes d'observation directe. Plus rare, et d'une constatation moins immédiate, est le tremblement, que M. Klippel a rencontré plusieurs fois, notamment chez des tuberculeux cachectiques, et qui paraît être, de même que l'asthénie, en relation intime avec l'altération de la fibre striée. Mais le fait le plus saillant, celui dont l'interprétation et la valeur séméiologique ont été les plus discutées, est celui qui est caractérisé par l'*hyperexcitabilité* des masses musculaires. On sait en quoi consiste le phénomène qui caractérise cet état. La percussion exercée sur un muscle préalablement altéré, fait naître une contraction isolée, sensible et plus ou moins durable des fibres de ce muscle. Cette contraction se révèle sous forme d'un relief saillant sur le plan cutané, d'une sorte de boule parfaitement perceptible à l'œil et à la main. Le phénomène ainsi produit et que l'on a décrit sous le nom de *myœdème*, s'observe dans des états très divers et particulièrement dans le cours des fièvres graves (dothiénentérie) où il peut acquérir une certaine importance diagnostique. Il constitue une véritable réaction de débilité musculaire, et comme tel, offre un rapport constant avec l'altération intime et avec l'asthénie de la fibre motrice. D'ordre essentiellement atrophique, il est de plus en rapport avec l'état des réflexes qui peuvent être abolis dans les cas où il se manifeste lui-même sous sa forme la plus accentuée.

Signalons encore après le signe du myœdème et par ordre d'importance décroissante : la diminution des réactions aux courants galvanique et faradique ; les déformations qui surviennent parfois au niveau de certains segments des membres (pied-bot) et qui reconnaissent évidemment pour cause l'altération et la faiblesse de certains muscles et la prédominance d'action des antagonistes. Enfin ajoutons à cette nomenclature abrégée des symptômes révélateurs de l'amyotrophie, quelques phénomènes qui ont avec celle-ci des connexions plus ou moins directes, tels que troubles cardiaques (tachycardie), troubles laryngés (aphonie), troubles cérébraux et psychiques, altérations trophiques. Ces dernières n'ont guère qu'une relation de coïncidence, à moins qu'on ne veuille leur chercher une origine commune dans une lésion du système nerveux central.

L'étude anatomique des lésions correspondant aux symptômes mentionnés ci-dessus a permis de constater un certain nombre de particularités très importantes et autorise donc dès à présent un essai raisonné de physiologie pathologique. Extérieurement, ces lésions ne diffèrent pas de celles qui caractérisent l'atrophie musculaire considérée à un point de vue général. Il y a diminution de la masse du muscle, avec coloration brune, mêlée de stries jaunâtres. Au microscope, on constate tantôt l'apparence de l'atrophie simple, c'est-à-dire l'amincissement des fibres, sans dégénérescence et avec per-

---

traces des travaux de ceux qui nous ont devancés dans la carrière que nous suivons; encore moins méritent-ils un blâme pour ne pas trouver le temps d'aller faire de fréquentes excursions dans les immenses nécropoles où s'accumulent les restes des pionniers de la médecine.

Telles sont les réflexions qui viennent à l'esprit lorsque, ayant à faire des recherches dans les livres poussiéreux des siècles passés, on veut ensuite savoir ce que pensent des auteurs interrogés et ce qu'en disent les érudits du siècle présent. Des erreurs, des inexactitudes, des faussetés, voilà ce que l'on trouve souvent comme réponse aux investigations avides sur tel homme ou sur telle œuvre. Mais plus souvent encore c'est l'ignorance, l'omission, le silence complet sur un nom jadis bruyant et influent que l'on constate chez nos modernes historiens de la médecine.

Dernièrement, au cours de fouilles bibliographiques, le hasard me fit tomber sur un énorme in-folio daté de 1664 et intitulé : *Jacobi Hollerii Stampani Doctoris Medici Parisiensis Omnia opera practica, Doctissimis Ejusdem Scholiis et observationibus, deinde Ludovici Dureti regiæ medicinæ professoris, in eundem en narrationibus, annotationibus*, etc.

J'ouvris le livre, je lus la première dédicace signée Jacques Dallin (le libraire) et adressée à Gui Patin; puis j'en trouvai une seconde du Vendomois, René Chartier (médecin du roi) né en 1572, mort en 1654, et adressée aux étudiants en médecine. Puis en venait une troisième d'Antoine Valet au lecteur. Suivaient sept éloges divers du livre de Houlier; et, précédant la table, une dernière préface de Louis Duret achevait de montrer le cas que faisaient des travaux de Houlier les plus grands médecins du XVIe et du XVIIe siècles.

Mais à la fin du volume le privilège du Roy, daté du 22 novembre 1662, faisait mieux; car il montrait que cette influence durait encore un siècle après la mort de l'auteur. Et par les notes successives qui étaient venus se greffer sur ce texte, on entrevoyait qu'il s'agissait de l'œuvre d'un maître, d'un livre qui avait dû servir de *vade mecum* sinon de BIBLE à des générations médicales déjà nombreuses.

C'est en effet à un docteur français, Sanvin, qu'est accordé le privilège de publier les notes d'un docteur I. Hauin, sur les livres de *Pratique* de J. Houillier, annotés déjà par Duret et Antoine Valet et édités antérieurement par Didier Jacot et René Chartier, etc. Il semble que l'auteur d'un pareil COMPENDIUM eût dû fournir le

sistance de la striation; tantôt cette dégénérescence même, à un degré plus ou moins prononcé. Dans ce dernier cas, la tuméfaction trouble des éléments, la prolifération des noyaux, la fragmentation du contenu strié, enfin la disparition du contenu des gaines qui apparaissent presque vides sous le champ du microscope, constituent les altérations les plus marquées; ces altérations ne sont pas toujours réparties d'une manière uniforme. Dans un même muscle, on peut rencontrer des fibres médiocrement altérées à côté d'autres fibres presque détruites. Dans le voisinage de ces dernières, se voient aussi parfois des fibres hypertrophiées, comme si le travail d'atrophie avait pour contre-partie une sorte d'activité formatrice contemporaine et suppléante. Notons enfin que des observateurs, M. Klippel entre autres, ont constaté une hyperplasie du tissu conjonctif qui semble due en partie à l'infiltration de ce tissu par des éléments échappés des fibres musculaires en voie de dégénération. Cette dernière hypothèse a été proposée par M. Klippel et nous apparaît comme très vraisemblable; si on l'accepte, il est évident que le rôle de l'altération du tissu conjonctif sera amoindri, au profit de celui qui revient à l'atrophie musculaire, la première en date.

Une autre particularité très importante est fournie par l'examen des nerfs intra-musculaires dans lesquels M. Klippel a trouvé des altérations évidentes : disparition des tubes dans un grand nombre de filets nerveux par dégénération parenchymateuse, fragmentation de la myéline en blocs ou en boules, destruction du cylindre axe, etc. Ces lésions peuvent, comme celles des muscles, offrir une répartition très inégale pour une même branche nerveuse. Un fait à noter, c'est qu'elles ne semblent pas évoluer d'une manière rigoureusement parallèle à celle de l'altération des fibres musculaires. Elles les devancent assez souvent, au point que l'on trouve encore ces dernières en voie de dégénérescence, alors que la disparition des éléments solides du tronc nerveux est déjà un fait accompli.

Nous n'insisterons pas ici sur cette question des altérations respectives de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse. M. Klippel en a fait dans sa thèse une description détaillée, en rapport avec l'importance qu'il leur attribue. Ce qui importe, c'est de faire ressortir les différences qui séparent l'amyotrophie dans les maladies générales chroniques des autres variétés d'atrophie musculaire, et les analogies qui les rapprochent. Il est certain qu'elle s'éloigne sensiblement des atrophies d'origine cérébrale et de celles qui reconnaissent pour cause une myélite des cornes antérieures (paralysie infantile). En revanche elle se rapproche des myopathies d'origine spinale et particulièrement de l'atrophie musculaire progressive, telle que nous la connaissons depuis les belles recherches de Cruveilhier, Aran, Duchenne.

L'interprétation pathogénique des lésions que nous venons de décrire est délicate : elle ne comporte pas la même précision que lorsqu'il s'agit d'autres variétés d'amyotrophie, comme celles qui sont liées à une origine cérébrale ou spinale, dans lesquelles la question se circonscrit d'elle-même aux termes qui résultent des rapports physiologiques du muscle avec le nerf. La question, dans notre cas, est loin d'être aussi simple. Ce qu'on peut affirmer pourtant, dès l'abord, c'est qu'il ne s'agit pas ici d'un simple fait d'émaciation, d'une vulgaire participation du muscle à l'amaigrissement général. Cette explication serait acceptable tout au plus pour les cas où la diminution de volume des masses musculaires semble marcher de pair avec l'altération cachectique des autres tissus. Mais elle perd toute sa valeur en présence des faits signalés précédemment, dans lesquels l'atrophie musculaire devance toutes les autres par sa précocité et la rapidité de son évolution et surtout quand il s'agit d'expliquer sa localisation à certains groupes, alors qu'elle respecte ou n'atteint qu'à un bien plus faible degré les groupes voisins.

Peut-on avec plus de raison incriminer l'immobilité prolongée à laquelle sont soumis un grand nombre des individus atteints de maladies chroniques? On sait que cette circonstance est impuissante à elle seule à produire une atrophie sensible des muscles, ou n'amène ce résultat qu'au bout d'un temps extrêmement considérable. Ainsi donc ni la théorie de l'amaigrissement généralisé, ni celle de l'immobilisation ne sauraient convenir dans l'espèce. En présence de cette insuffisance des explications vulgaires, force est de recourir à une interprétation plus spécieuse. Ne serait-on pas fondé jusqu'à un certain point ici, à mettre en cause l'altération des filets nerveux décrite plus haut et que nous avons montrée coïncidant souvent avec celle des muscles? A n'envisager ici que les données de la physiologie et les notions acquises depuis les recherches de nombreux expérimentateurs (Claude Bernard, Erb, Vulpian, Babinski), cette explication pourrait sembler au premier abord pleinement satisfaisante. Mais elle perd beaucoup de sa valeur devant le fait de la

---

sujet d'une longue notice ou d'un grand chapitre aux biographes et aux historiens de la médecine. Il n'en est rien. Dans le livre de Pierre Duchâtel (Castellanus), le nom de Jacques Houlier est omis.

Dans le dictionnaire de Moreri quelques lignes seulement sont consacrées à Houlier et le Dictionnaire de Bayle n'en dit rien. Bernier (de Blois) n'en dit rien non plus ni Leclerc. Eloy en parle, il est vrai assez longuement. Quant à Freind, il ne mentionne que sa modification du procédé d'application du séton : Houlier avait en effet supprimé l'emploi du fer chaud.

Dezeimeris, dans son *Dictionnaire*, omet complètement de parler de Houlier. Et si le Dictionnaire de biographie de Panckoucke, par la plume de Jourdan lui consacre presque une demi-page, le Dictionnaire de Dechambre ne lui accorde que quatre lignes. Sprengel en dit bien quelques mots (1), tandis que Daremberg ne met son nom que dans des énumérations(2); à deux reprises, c'est vrai, mais sous deux orthographes différentes : ici il l'appelle Houllier et là Houiller.

Qu'était donc ce médecin qui semble avoir exercé une si grande influence et dont le nom tend à s'effacer de l'histoire de la médecine? C'est ce que j'ai essayé de rechercher, dès l'abord par pure curiosité, je l'avoue. Mais le sujet m'ayant intéressé, je me laisse aller à faire connaître le résultat de mes investigations.

(*A suivre*) Dr Albertus.

(1) Tome III, p. 14 et 56.

(2) Histoire des sciences médicales, page 307 et page 328.

M. le Dr Doleris commencera son cours de gynécologie le lundi 20 mars 1889, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudi et vendredi suivants, à la même heure.

***

Hôpital des Enfants Malades. — Le Dr Jules Simon recommencera ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 22 mai à 9 h., et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

contemporanéité habituelle des altérations du muscle et du nerf. Le parallélisme semble prouver que les deux lésions ne sont pas subordonnées l'une à l'autre, mais plutôt qu'elles dépendent toutes deux d'une cause commune amenant leur apparition simultanée. Mêmes doutes en ce qui concerne l'influence de la moelle que quelques auteurs ont voulu incriminer, en s'appuyant sur certaines analogies cliniques. Ainsi l'influence des nerfs est douteuse, celle de la moelle l'est également.

La théorie qui apparaît comme la plus probable, dit M. Klippel, est celle qui rattache les lésions musculaires et nerveuses à l'altération du sang, résultant elle-même de la dyscrasie créée par l'état cachectique. On pourrait invoquer ainsi, avec une certaine vraisemblance, l'adultération du sang par des produits toxiques élaborés au sein des cavernes pulmonaires, dans le cas de tuberculose, à la surface des ulcérations, quand il s'agit de cancer. Cette manière de voir aurait d'abord pour elle un premier argument, celui tiré de l'existence simultanée de lésions viscérales légitimement imputables à un agent toxique (dégénérescence du foie, du rein). Elle pourrait ensuite s'appuyer sur bien des faits de physiologie pathologique. Mais telle qu'elle est, et pour séduisante qu'elle puisse paraître, elle ne saurait être considérée encore que comme une hypothèse, comme une vue de l'esprit sans preuves directes.

Ainsi, pour résumer cette discussion, nous dirons que l'altération des muscles et des nerfs dans les cachexies est un fait très fréquent et d'une importance un peu méconnue jusqu'à ce jour; et que, d'autre part, la cause première aussi bien que le mécanisme intime de cette atrophie nous échappe. Il importait surtout d'affirmer nettement ces deux propositions. Tel a été le but des considérations que nous venons d'exposer.

P. Muselier.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'épithélioma des cicatrices

par Armand Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon.

Suite (1).

Tout récemment on observait, dans le service de M. Poncet, un malade, porteur d'un cancroïde cicatriciel, et qui présentait en outre une déformation particulière du pied, due à un traumatisme. La pièce anatomique a été tout dernièrement présentée à la Société des sciences médicales de Lyon par notre collègue et ami M. Tellier.

Observation. — G... Laurent, âgé de 36 ans, tailleur d'habits, entre le 19 novembre 1888, dans le service de M. Poncet, salle Saint-Louis, n° 54 *bis*. Pas d'antécédents héréditaires cancéreux; le malade, à l'âge de 6 ans, eut la jambe prise dans l'engrenage d'une batteuse de blé. La plaie occupait toute la longueur de la jambe: elle fut réunie par une suture qui échoua. On le plaça dans un appareil où on le laissa plusieurs mois, et d'où il sortit avec une luxation de l'astragale et du calcaneum que l'on trouve encore aujourd'hui.

La cicatrisation ne fut complète qu'au bout de deux ans, sauf au niveau du ligament rotulien, où persista une ulcération avec suppuration légère.

Il y a treize ans, en 1874, le malade fit un séjour à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, dans le service de M. le professeur Gayet, où il resta trois mois, et d'où il sortit guéri.

Trois ans après, en 1877, l'ulcération reparut; depuis cette époque, elle ne s'est jamais complètement fermée.

(1) Voir les numéros 17 et 19.

En 1887, au mois de décembre, une petite tumeur apparut sur l'ulcération au niveau du condyle externe du fémur. En un mois et demi à deux mois, elle s'accrut très rapidement. Au mois d'avril 1888, on pratiqua des pointes de feu sur la tumeur, et on appliqua des pansements à l'iodoforme: ces pointes de feu faites au fer rouge, furent répétées tous les 8 où 15 jours. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminuait pendant quelques jours, mais reprenait ensuite son évolution, accompagnée à cette époque de légères hémorrhagies.

La jambe est considérablement atrophiée jusqu'au niveau du genou, et recouverte sur toute sa partie antérieure de tissu cicatriciel. Au-dessous du plateau tibial, on voit un étranglement circulaire, dû à une rétraction cicatricielle totale; partout le tissu cicatriciel est rouge, enflammé, douloureux, et présente sur certains points des masses épidermiques d'un blanc jaunâtre.

Au niveau de la tubérosité interne du tibia, écaille épidermique dure, de la largeur d'une pièce d'un franc, décollée et soulevée par du pus. La tumeur occupe la région antérieure du genou, dépasse en dedans la ligne médiane, et en dehors s'étend sur la tête du péroné. Ses limites remontent moins haut en dedans et en avant, où elles effleurent seulement le bord inférieur de la rotule. En dehors, elles remontent jusque sur le condyle externe du fémur. L'ensemble du néoplasme offre une superficie une demi fois supérieure à l'étendue de la main ouverte. La tumeur est saillante d'environ un centimètre: ses bords sont bien délimités. Elle est mamelonnée, par des masses épidermiques sèches ressemblant à de la corne, et sillonnée par des crevasses qui traversent toute son épaisseur.

La consistance est partout dure, ligneuse, sauf sur un point où on trouve une plaque molle soulevée par un liquide puriforme. Elle n'est douloureuse qu'en un point répondant au siège primitif de l'ulcération: c'est là du reste que les bourgeons néoplasiques, sont plus abondants et plus volumineux.

On trouve, dans la fosse iliaque correspondante, un gros ganglion un peu douloureux mais qui roule facilement sous le doigt.

Bien que l'état général soit relativement satisfaisant, le malade a maigri beaucoup depuis une année.

Dans les derniers jours du mois de novembre, M. Poncet pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers inférieur; le malade a pu être évacué peu après dans un asile de convalescence.

A la dissection, on voit que la tumeur est superficielle, d'apparence papillomateuse. Le périoste, les os, et l'articulation du genou sont indemnes. Sous des croûtes jaune-brun, on trouve des végétations blanchâtres sur fond gris, s'attachant à une zone fibreuse, à lames parallèles. En certains points, foyers hémorrhagiques dont l'un est de la grosseur d'une noisette. Les lésions sont exactement limitées au tissu de la cicatrice: pas de traces d'infiltration à la périphérie de la tumeur.

Les caractères histologiques de la tumeur la rattachent à l'épithélioma corné, à un néoplasme du type épidermique.

Au point de vue des lésions, cette observation est à rapprocher de la première. L'aspect macroscopique de la tumeur est identiquement semblable dans les deux cas, de même que la limitation exacte au tissu de cicatrice. Dans les deux cas, le néoplasme a évolué sur une ulcération préexistante, et y est restée cantonné; mais un fait important à retenir dans l'histoire du dernier malade, est l'évolution précoce de la tumeur chez un homme de 36 ans seulement. C'est malheureusement là un fait qui n'est pas rare, et qui, rapproché de bon nombre d'observations, est de nature à assombrir singulièrement le pronostic des lésions cicatricielles.

Il ne s'agit en effet à remarquer que souvent le cancroïde des cicatrices n'attend pas pour se développer cette période de la vie que l'on a si justement nommée l'âge du cancer épithélial. Il ne s'agit pas, en effet, là d'une simple exception à la loi qui veut que les néoplasmes malins de nature cancroïdale soient la propriété presque exclusive du déclin de l'âge mur et du

commencement de la vieillesse. Les exceptions ont été signalées dans les tumeurs malignes d'a peu près toutes les régions: on connait bon nombre de cancers du sein survenus chez de jeunes femmes; il en est de même pour le cancer de l'estomac. Mais si l'on note l'âge des malades atteints de cancroïde des cicatrices, on est tout d'abord surpris de voir que les jeunes gens lui paient un tribut aussi considérable que les gens âgés. Dans sa thèse, Kindler cite deux cas observés par Wolf: dans l'un le malade avait 26 ans, dans l'autre 24. Dans les trois observations de Bryant, les malades ont 30, 24 et 30 ans. Dans celle de Lawson, on note 38 ans. Dans nos faits personnels, le début était survenu à 35 ans, une autre fois à 36 ans: enfin l'observation de Kindler a trait à un homme de 34 ans. Il y a vraiment là plus qu'une coïncidence, et il faut une cause sans doute puissante pour faire évoluer le néoplasme à une époque de la vie qui se montre le plus souvent rebelle au développement des tumeurs malignes. C'est ce fait qui, plus que toute autre raison, vient appuyer la théorie de l'inflammation sur laquelle nous insistions tout à l'heure, et dont le rôle depuis longtemps déjà est signalé. Les petites tumeurs de la peau, que l'on est convenu de désigner sous le terme général de *noli me tangere*, fournissent bien souvent le point de départ des tumeurs malignes, mais c'est d'une façon plus tardive et l'on rencontre rarement leur transformation chez de jeunes sujets. C'est encore moins l'irritation que l'inflammation elle-même qu'il faut incriminer; et dans quelles conditions son action peut-elle mieux se manifester que dans des cas de cicatrices ulcérées, bourgeonnant quelquefois depuis de longues années? On a discuté longuement sur l'origine du cancer et il serait oiseux de revenir sur des opinions ardemment soutenues et non moins ardemment discutées. Mais il semble cependant que l'étude du développement des tumeurs malignes dans les cicatrices, sans jeter aucune lumière nouvelle sur la question, puisse faire incliner vers une des théories plutôt que vers les antres. La théorie nerveuse soutenue par Schrœder van der Kolk, Lang, Snow, etc., parait aujourd'hui jugée. La spontanéité est une cause assez vague, qu'admettent sans trop de raison Rindfleisch, Stricker, Nancrède, Payne. L'existence d'une dyscrasie antérieure a une valeur sérieuse pour Rokitansky, Paget, Billroth, Simon. Bazin, Hardy sont convaincus de l'importance de la diathèse herpétique, et l'on sait avec quel talent, M. le professeur Verneuil défendait encore récemment au congrès de Copenhague les rapports de l'arthritisme et du cancer. La théorie des germes embryonnaires épithéliaux de Cohnheim, est fort ingénieuse, et rend compte à merveille de certains cas de tumeurs à tissus multiples, mais il est bien difficile de l'invoquer dans la plupart des néoplasmes du type cutané.

La théorie de Virchow admise par Gross, Hirschfeld, Bœgehold, etc. qui fait jouer un rôle des plus importants au développement local de la tumeur, parait rationnelle pour expliquer l'évolution des néoplasmes cicatriciels. Il semble que, dans les observations soigneusement étudiées, on retrouve implicitement noté le développement local d'une tumeur qui plus tard ira infecter l'organisme. Virchow est convaincu de l'importance capitale de ce début local, et opposé à l'idée d'une dyscrasie antérieure. Pour lui les tissus ont une disposition toute locale à la production des tumeurs, disposition qui serait en partie héréditaire, en partie acquise.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE ABDOMINALE

I. — SUR LE TRAITEMENT DE L'ILÉUS, par M. SCHLANGE.

II. — SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA PÉRITONITE PAR PERFORATION, par M. MIKULICZ.

III. — LAPAROTOMIE SUIVIE DE L'EXCISION DE L'APPENDICE VERMICULAIRE, par M. SCHÜLLER. — Communications faites au 18ᵉ Congrès de la Société allemande de Chirurgie. *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1889, n° 36, p. 422.

I. — Depuis l'introduction des procédés antiseptiques en chirurgie, la laparotomie est devenue une opération relativement inoffensive, la chose n'est pas à mettre en doute; mais c'est une opération dont on a abusé et dont on abuse encore. Voilà une opinion qui tend à se faire jour, et qui a été exprimée dans plusieurs des communications afférentes à la chirurgie abdominale, qui ont été faites au récent congrès de chirurgie de Berlin,

Ainsi M. Schlange, de Berlin, s'est emparé des statistiques publiées, il y a quelques semaines, par deux médecins berlinois MM. Goldtammer et Curschmann, pour faire ressortir que les médications internes appliquées au traitement de l'iléus donnent d'une façon générale, des résultats bien plus satisfaisants que l'intervention opératoire, c'est-à-dire la laparotomie. Les deux statistiques réunies de Goldtammer et de Curschmann se chiffrent par un total de 155 cas d'iléus traités par des médications internes, et ayant donné 37 cas de guérison; voilà une moyenne de guérison, qu'on n'a pu encore obtenir par le traitement chirurgical.

La raison en est qu'on a employé la laparotomie à tort et à travers. Or, il est des cas où ce mode d'intervention est absolument contre-indiqué. Le traitement médical est indiqué dans deux catégories de cas:

1° Ceux où il existe une péritonite d'une étendue ou d'une intensité plus ou moins grande, presque toujours consécutive à une typhlite;

2° Ceux où, à la suite d'une obstruction intestinale par obstacle mécanique, il existe une paralysie de l'intestin d'origne septique.

A ces deux catégories de cas, l'auteur oppose ceux où il existe une paralysie septique étendue de l'intestin, dont la cause réside en dehors du tube intestinal, et les cas de péritonite consécutive à une fièvre typhoïde et qui ne sont justiciables que de l'intervention opératoire. Mais c'est surtout dans les cas d'iléus par obstacle mécanique, reconnu à ses débuts, que la laparotomie se présente comme le mode d'intervention le plus rationnel. Le tout est de faire le diagnostic aussitôt que possible, et de reconnaître l'instant où l'occlusion entraîne la paralysie septique. M. Schlange a développé les considérations qui doivent guider le chirurgien pour trancher ces questions de diagnostic, en citant à l'appui de ses idées, des observations personnelles.

II. — M. Mikulicz, à propos du traitement de la péritonite par perforation, s'est élevé également contre l'abus qu'on fait de la laparotomie. A en juger par certaines statistiques récentes, on pourrait être tente de croire que, dans les cas de péritonite par perforation, la laparotomie a donné des résultats relativement bons. Ainsi l'an dernier, M. Steinthal a publié une statistique de 20 cas de péritonite consécutive à des perforations de l'estomac ou de l'intestin, traitées par voie opératoire et dont 10 terminées par guérison.

Une autre statistique mentionne 18 guérisons sur 58 cas opérés. A ces résultats, M. Mikulicz oppose ce fait, que des chirurgiens en renom n'ont pas réussi à obtenir un seul succès en recourant à la laparotomie dans des cas de péritonite par perforation, sans compter que bien des fois on a accéléré le dénouement fatal, du fait de ce mode d'intervention.

Ici encore l'erreur a été, de la part de certains chirurgiens, d'employer indistinctement la laparotomie dans tous les cas de péritonite par perforation. D'après M. Mikulicz, la nécessité s'impose de soumettre ces cas à une sélection, d'établir des catégories basées sur la connaissance de l'étiologie et de la pathogénie, catégories dont les unes sont justiciables de l'intervention opératoire et les autres y échappent.

Tout d'abord, il est de la plus grande importance de rechercher l'organe qui a été le point de départ de la perforation, pour trancher la question des indications et des contre-indications à la laparotomie. En second lieu, il faut tenir compte du mode d'évolution du processus péritonéal.

A ce point de vue, M. Mikulicz distingue les cas de péritonite diffuse, où la presque totalité de la séreuse est intéressée, et qui s'accompagnent d'un épanchement séreux, pauvre en fibrine, mais extrêmement septique ; dans ces cas, la laparotomie est contre-indiquée. Vient ensuite ce que M. Mikulicz appelle la péritonite fibrino-purulente progressive, qui ne gagne en étendue que d'une façon très lente, s'accompagnant d'une sécrétion fibrineuse et purulente, et donnant lieu à la formation de foyers circonscrits par des adhérences. Dans ces cas, l'intervention opératoire est parfaitement justifiée. Les médecins objecteront, il est vrai, qu'en pareil cas, intervenir avec l'instrument tranchant, c'est détruire les adhérences qui protègent le patient contre des accidents mortels. Mais la tâche du chirurgien n'est pas de détruire simplement les adhérences ; l'intervention opératoire aura pour objet d'ouvrir isolément les différents foyers fibropurulents, et de frayer à la sécrétion morbide une voie au dehors. Deux faits relatés par l'auteur montrent ce que l'on peut obtenir de l'intervention chirurgicale dans des faits de cette nature. L'emploi des lavages antiseptiques n'a qu'une importance secondaire, dans le traitement de cette forme de péritonite. L'important est d'évacuer au dehors la sécrétion morbide ; ce résultat, une fois obtenu, on se contentera de faire un lavage avec de l'eau salée chaude, ou tout au plus avec une solution boriquée faible. Il faut surtout s'abstenir de promener longtemps ses mains dans l'abdomen du patient. L'utilité du drainage est discutable. Par contre, le traitement consécutif a une très grande importance. Ce traitement consiste dans l'administration interne de l'opium, et dans des enveloppements humides et tièdes de l'abdomen. En cas de persistance de l'iléus après guérison de la péritonite, on ne reculera pas devant la nécessité d'établir un anus contre nature.

A propos de cette communication, M. König a attiré l'attention des membres du Congrès sur les succès obtenus par les chirurgiens américains avec la laparotomie, dans les cas de péritonite par perforation consécutive à des coups de revolver. En pareille circonstance, l'essentiel est d'intervenir peu de temps après le traumatisme. L'expérience a démontré qu'après un délai de dix-huit heures, le patient peut être considéré comme perdu, et que la gravité du pronostic est proportionnelle au nombre d'heures qui se sont écoulées entre l'accident et l'intervention chirurgicale. M. König, dans un cas de perforation intestinale traumatique (coup de couteau) avec lésions multiples de l'intestin, n'est intervenu qu'entre la quatorzième et la quinzième heure qui suivit l'accident, et le patient a guéri.

M. Rosenberg a obtenu un succès remarquable chez un sujet qui, à la suite de la perforation de l'appendice vermiculaire, était sur le point d'expirer. Après section des téguments, il tomba sur une anse intestinale gangrenée, qu'il entama avec le doigt ; elle renfermait une pierre. Un autre foyer septique siégait à gauche dans le petit bassin. La plaie intestinale fut drainée, mais sans lavage préalable ; le lendemain, le patient allait très bien.

M. Wagner a cité 3 cas de péritonite par perforation, où il a pratiqué la laparotomie. Dans le premier cas (perforation dans le cours de la fièvre typhoïde), le malade a guéri.

III. — L'observation de M. Schüller concerne un malade qui, subitement, se mit à vomir à la suite d'un repas ; il alla à la selle en se plaignant d'un endolorissement extraordinaire ; les vomissements ne se sont pas reproduits, mais la douleur ne fit que s'exaspérer. Le lendemain, M. Schüller, en examinant le malade, sentit par la palpation abdominale, un corps allongé en forme de boudin, d'une épaisseur de deux doigts, très mobile. Pas de matité dans la fosse iliaque. Partant de cette idée qu'il s'agissait d'une perforation intestinale, M. Schüller pratiqua la laparotomie. Il s'écoula par la plaie un peu de sérum louche ; les anses intestinales étaient fortement hypérémiées et remplies de dépôts pseudo-membraneux. L'appendice iléo-cœcal, fortement tuméfié, et qui n'était autre que le corps qu'on avait senti à la palpation, était fortement gangrené, et perforé en un point. M. Schüller procéda à son extirpation, et sutura la lumière de l'intestin. Pendant les premiers jours qui suivirent, les douleurs et la fièvre s'exaspérèrent ; on insista sur l'administration de l'opium. Le malade eut une selle le cinquième jour après l'opération ; au bout de trois semaines, il était complètement guéri. Les accidents avaient eu pour cause la présence, dans l'appendice vermiculaire, de trois concrétions fécales.

(A suivre) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Les microorganismes étudiés spécialement au point de vue de l'étiologie des maladies infectieuses, par le Dr C. Flugge, professeur ordinaire et directeur de l'Institut d'hygiène à l'Université de Breslau. Traduit de l'Allemand d'après la seconde édition par le Dr Henrijean ; avec une préface du professeur C. Firket. — Bruxelles, A. Manceaux, un vol. in-8° de 644 pages, 1887.

II. Manuel pratique de microbiologie, par le Dr H. Dubief, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. — Paris, O. Doin, 1888.

III. Traité pratique de bactériologie, par E. Macé, chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, J.B. Baillière et fils, 1889).

Quand une science est encore en voie de devenir, qu'elle n'est point arrivée à la phase doctrinale et qu'elle change pour ainsi dire tous les jours, parce que les faits s'accumulent et que les conceptions qui en découlent se pressent et se multiplient, la littérature s'en ressent et devient quelque peu touffue. La science des microbes, ou si l'on préfère la nommer ainsi la *Bactériologie*, traverse aujourd'hui cette phase inévitable de l'existence des sciences neuves. Il est parfois alors prudent de ne point juger un à un les manuels ou les traités, sons peine de les apprécier on injustement ou mal. Voilà pourquoi j'ai attendu jusqu'ici, pour rendre compte aux lecteurs

de la *Gazette médicale* des trois ouvrages dont le titre est énoncé en tête de cet article.

Aujourd'hui, les médecins de tout ordre forment une clientèle sûre aux éditeurs d'ouvrages de microbiologie. Les uns cherchent, isolés qu'ils sont des grands laboratoires, à participer par des travaux individuels au grand mouvement qui entraîne les meilleurs esprits vers l'étude des germes pathogènes. D'autres veulent simplement voir ces germes dont on parle tant et en vérifier l'existence. De plus modestes désirent simplement en ouïr parler et lire leur histoire. A ces trois catégories de lecteurs, l'un quelconque des livres précités peut convenir, car ce sont là trois bons livres.

I. *Le traité de M. Flügge*, parfaitement traduit en français par un de ses anciens élèves, M. Henrijean, est un ouvrage absolument indispensable à quiconque veut s'occuper des microorganismes en général et non pas seulement des bactéries. L'auteur s'y est proposé un double but. En premier lieu, il cherche à mettre son lecteur à même de se débrouiller dans la sorte de forêt vierge des parasites végétaux microscopiques ; il en établit quelque chose comme la flore provisoire. Il distingue les CHAMPIGNONS PROPREMENT DITS, les MYCÉTOZOAIRES, les SACCHAROMYCES ; puis, attaquant à son tour la grande classe des SCHYZOMYCÈLES, il les distingue en *micrococcus*, en *bacilles* et en *spirilles*, donnant à la fin de chaque grand chapitre une clef pour reconnaître les principaux genres, espèces et variétés de chacun d'eux. De prime abord, cette manière de faire ne semblera pas nouvelle ; mais je ferai de suite observer que M. Flügge n'établit pas ses différences spécifiques, et ne propose pas ses moyens de diagnose, à l'aide de caractères botaniques absolus, tels que ceux existant dans les flores. Il fait intervenir, en tant que caractéristiques des microorganismes, tout aussi bien leur façon de se comporter dans les cultures, en présence des réactifs colorants etc. — De la sorte, il établit une série de groupes, probablement artificiels, en tout cas suffisamment définis, qui permettent du moins de se retrouver dans l'immense armée des microbes sans être cependant un mycologiste ni un bactériologiste de pure profession. C'est là, à mon sens, l'un des principaux mérites du livre ; mais il en a d'autres. Il constitue en effet le premier traité sur la matière où nous ayons trouvé, clairement exposées, toute une série de notions, cependant absolument nécessaires, sur la morphologie et la biologie des microbes : conditions vitales dans lesquels ils se développent et prospèrent, ou dépérissent et meurent ; aperçus relatifs aux échanges de matière et de force qui s'opèrent dans ces organismes inférieurs ; étude générale, bien qu'approfondie, des diverses fermentations, de leurs opérations chimiques, de leurs résultats ultimes. Telles sont les larges questions qui, traitées à peu près toutes d'une façon remarquablement instructive, donnent au livre de M. Flügge sa valeur et son caractère particuliers.

Bien entendu, un pareil ouvrage ne se prête point à une analyse détaillée ; il suffit d'en faire connaître l'esprit général et de prévenir le lecteur qu'il est loin d'avoir ici affaire à un manuel ordinaire, quelle que soit la modestie du titre. Quant à la longue liste des microbes pathogènes et à leur histoire médicale sommaire insérée, dans chaque chapitre, à propos des *bacilles*, des *cocci* et des *spirilles* actuellement considérés comme les agents univoques de telle ou telle maladie déterminée, je n'ai rien à en dire très précisément, sinon que là nous commençons à pénétrer avec l'auteur sur une terre mouvante. De telle sorte qu'il arrivera à cette suite de paragraphes de varier très sensiblement dans les éditions ultérieures. Car j'estime qu'en pathologie microbienne il n'y a guère d'assurés que quelques points ; et que d'ailleurs on peut prédire, pour un avenir qui n'est pas très éloigné, une notable restriction dans la nomenclature des germes pathogènes spécifiques.

Lorsque, pour la première fois (1), j'énonçai dans ce journal la théorie de la multiplicité des agents capables de susciter le processus réactionnel de la tuberculose, mon assertion fut accueillie avec un très vif étonnement. Elle était pourtant exacte. Aujourd'hui nous savons pertinemment qu'à côté du *Bacillus tuberculosus* de M. R. Koch, il existe une série de parasites tuberculisateurs créant ce qu'on appelle des *pseudotuberculoses* pathologiquement semblables à la tuberculose bacillaire, quand bien même elles en diffèrent pathogéniquement du tout au tout. De même nous savons aujourd'hui qu'il existe non pas une seule bactérie, mais bien une série de microbes capables de déterminer la suppuration. Nous savons aussi que le microbe qui détermine chez la poule l'affection que l'on nomme le choléra de cet animal, produit chez les lapins une septicémie. J'en ai assez dit pour montrer et mettre en évidence le caractère éminemment provisoire des catalogues actuels de bactéries dites pathogènes. Ce catalogue est long et compendieux dans le livre de M. Flügge ; il devait l'être. Mais il importe que le lecteur soit prévenu du caractère absolument incertain de ces rapports hâtivement établis, entre telle ou telle bactérie et telle ou telle maladie déterminée. Les microbes positivement spécifiques au point de vue pathogène sont peu nombreux ; le bacille du charbon en fournit le type. Le charbon aussi est une maladie qui, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, reste positivement identique à elle-même. Les maladies à expressions très variables, comme la pneumonie, ressortissent vraisemblablement au contraire non pas à un seul et unique microbe toujours le même et bien défini, mais à plusieurs, capables de susciter chacun des modes très semblables, quoique non identiques dans le fond, de réaction des organes ou des tissus intéressés.

A côté de la description et de la diagnose des bacteries pathogènes, le livre de M. Flügge renferme des chapitres importants d'hygiène, écrits spécialement en vue de la théorie des germes, et qui encore à ce point de vue lui donnent une grande importance et un caractère individuel parmi les ouvrages du même genre. Je veux enfin revenir, pour terminer cette analyse, sur la partie de l'ouvrage consacrée à la biologie, aux « *manifestations vitales des champignons inférieurs* ». J'y lis en effet cette phrase éminemment suggestive : « Les décompositions « se produisent par l'action du protoplasme vivant ; celui-ci « peut, comme les ferments, dissocier petit à petit des combinaisons complexes appropriées. On ne sait pas encore « exactement de quelle nature sont les corps chimiques qui « peuvent être décomposés par le protoplasme, ni de quelle manière cette décomposition se fait ; ce sont vraisemblablement « des composés qui se rapprochent des protéines, mais peut-« être aussi des substances plus compliquées encore » (p. 405).

Ces paroles, prononcées il y a près de deux années, sont véritablement prophétiques. C'est, en effet, sur ce protocole que se signera un jour la paix entre les microbiologistes et les médecins purs. Où qu'il existe, dans la bactérie comme dans la cellule de l'organisme luttant l'un contre l'autre pour l'existence, le protoplasma est un ferment figuré. Le poison soluble créé sous l'influence et par l'activité directe du bacille cholérique, la ptomaïne élaborée par le faisceau primitif d'un muscle surmené, l'atropine construite par les cellules végétales d'un plant de belladone ne sont-ils pas de véritables équivalents biologiques?

(1) J. RENAUT. La notion actuelle du tubercule et de la tuberculose. (*Gazette médicale de Paris*, 1883.)

La cellule pancréatique peptonise l'albumine, comme la papaïne produite par celle du *carica papaya*, comme le font nombre de bactéries de la gélatine nutritive sur laquelle on les ensemence. Il y a bien d'autres déductions à tirer des études de M. Flügge sur la biologie des microbes. Cela dit, on me permettra de terminer par une simple observation :

Parmi la gerbe puissante de faits positifs qui constituent actuellement la moisson scientifique de notre illustre Pasteur, il n'en est pas un seul qui soit plus clairement démontré ni plus solidement établi que le principe de l'atténuation des virus, et leur transformation en vaccins pour les maladies à microbe connu qui confèrent l'immunité à la suite d'une première atteinte. Or, j'ai le regret de prévenir le lecteur que, pour M. le professeur Flügge (voy. p. 578 à 583), tout ce que Pasteur, Toussaint, Chauveau, Arloing, Thomas et Cornevin, ont cru pouvoir établir à ce sujet comme reposant sur des bases absolument solides, apparaît encore comme environné de la plus complète incertitude. A la façon dont sont exposées toutes les belles découvertes de ces savants sur les virus transformés en vaccins, on deviendrait aisément porté à croire que leur œuvre entière reste absolument à reprendre et à refaire. Je ne félicite pas M. Flügge du point d'optique où il s'est placé dans ce cas particulier. Mais comme au demeurant la vérité n'est ni une question de patrie, ni à plus forte raison une question de coterie, où si l'on aime mieux d'École, la manière de voir du professeur de Breslau au sujet des virus vaccins ne m'émeut pas particulièrement.

II. *Le livre de M. Dubief* est bien différent de celui de M. Flügge. C'est un ouvrage élémentaire. « L'absence d'un « livre de proportions modestes, où les élèves pourraient trouver tous les petits détails de la technique à côté de notions « générales sur les bactéries était préjudiciable à la diffusion « des idées microbiologiques ». — C'est précisément ce livre qu'a entendu nous donner l'auteur, et il y a, je crois, pleinement réussi.

Le livre de M. Dubief, illustré de bonnes figures et d'une suite de chromolithographies relatives aux principales cultures et à la figuration de quelques microbes d'importance majeure, est une émanation de l'enseignement libre, je dirai de l'École très active et très vivante créée par mon excellent et savant ami, le Dr Dujardin-Beaumetz. Rien n'est plus clair, plus simple et plus français que ce manuel pratique ; et tout chef de service s'occupant quelque peu de la recherche des microbes le devra immédiatement mettre entre les mains de ses internes. Il y puisera lui-même de très utiles enseignements. Pas plus qu'un autre manuel, il ne se prête à l'analyse. Je dirai seulement qu'avant d'en rendre compte ici, j'ai voulu le lire et en vérifier la valeur en mettant en pratique quelques-unes de ses méthodes. Le résultat de cette manière de faire a été un retard, apporté par moi dans la présentation de l'ouvrage au public. J'espère que maintenant l'auteur du *Manuel pratique de microbiologie* ne s'en plaindra pas.

III. *Le traité pratique de Bactériologie* de M. Macé tient le milieu entre le livre de M. Flügge et celui de M. Dubief. Sous un petit volume d'apparence élémentaire et modeste, il restera probablement longtemps le meilleur ouvrage existant sur la matière dans la littérature française. J. RENAUT.

REVUE DES THÈSES

DU TRAITEMENT DES SECTIONS TENDINEUSES PAR LA TÉNORRHAPHIE, par J. VANHAECKE. (Thèse de Paris.)

Le fonctionnement d'un membre pouvant être entièrement supprimé ou considérablement entravé par le fait d'une ou de plusieurs sections tendineuses, il importe au plus haut point de faire disparaître la solution de continuité par la ténorrhaphie. Cette opération, exempte de dangers, fournit des résultats d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée à une époque plus rapprochée de l'accident. Les surfaces de section étant affrontées, on doit suturer à fil perdu que l'on se serve de catgut ou de crin de Florence. On pratiquera un ou deux points de soutien si l'on craint de voir les premiers céder. Dans certains cas, il sera nécessaire de porter le fil à une certaine distance, surtout lorsque l'affrontement des deux bouts ne peut se produire, dans le but d'obtenir soit des anastomoses tendineuses, soit des greffes à telle ou telle portion de peau, de ligament ou de tissu cicatriciel. Recherchant la réunion par première intention, on aura évidemment à pratiquer la plus rigoureuse antisepsie. Inutile de dire, pensons-nous, qu'il sera nécessaire d'immobiliser pour un certain temps le muscle correspondant au tendon intéressé.

DE LA TARSALGIE DES ADOLESCENTS, par L. PIQUARD. (Thèse de Paris.)

L'auteur s'appuie sur des données physiologiques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques pour prouver la nature articulaire de l'affection. Au point de vue étiologique la tuberculose et le rhumatisme auraient une influence marquée. Reste enfin une variété de tarsalgie qu'on pourrait appeler idiopathique, due vraisemblablement à une ostéo-arthrite de croissance.

DES AVANTAGES DE LA LAPAROTOMIE POUR L'OUVERTURE DE CERTAINS ABCÈS PROFONDS DU BASSIN, par P. DE MALHERBE. (Thèse de Paris.)

La laparotomie est formellement indiquée pour aller ouvrir les abcès du bassin qui proéminent et menacent de s'ouvrir. On doit la pratiquer encore quand le pus s'est répandu dans le péritoine. Si l'on peut essayer d'une ponction évacuatrice dans le premier cas, il ne faut pas hésiter à intervenir dans le second, se rappelant les bons résultats que fournit l'ouverture de l'abdomen dans le traitement des péritonites suppurées. La simple expectation est à recommander pour les cas où l'abcès, loin de devenir saillant, témoigne au contraire une certaine tendance à la résolution.

DE LA NON-INTERVENTION PRIMITIVE DANS LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE PAR BALLES DE PETIT CALIBRE, par G. ESPRIT. (Thèse de Paris.)

La tolérance bien connue du cerveau d'une part, de l'autre l'inutilité des tentatives faites pour découvrir et extraire des petits projectiles perdus dans la masse encéphalique, enfin les dangers que l'on ferait courir au blessé suffisent amplement à justifier la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de petit calibre. Le mieux est de panser antiseptiquement sauf à intervenir plus tard si des accidents secondaires se produisent.

CH. AMAT.

BULLETIN

TRENTIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'Association générale des médecins de France a tenu dimanche et lundi derniers, ainsi que nous l'avions annoncé, sa trentième Assemblée générale annuelle. Les membres de l'As-

sociation avaient répondu en plus grand nombre que les années précédentes à l'appel du Conseil général.

La séance de dimanche s'est ouverte par une allocution du Président, M. Henri Roger, dont l'esprit toujours jeune et fécond sait chaque année trouver des expressions nouvelles pour rendre hommage aux bienfaiteurs de l'Association que, sans nul doute, son exemple encourage, et pour traduire les sentiments de confraternité qui sont la condition essentielle de la vitalité et des progrès de l'œuvre.

« Pour les associations comme la nôtre, dit-il, le superflu est chose nécessaire; on l'a dit avec raison, les sociétés de bienfaisance ne sont jamais vraiment riches, en regard de l'accroissement plus rapide des misères à soulager. Les affaires de la charité ne vont jamais bien; elle est l'éternelle pauvresse: à peine a-t-elle réussi à se garnir les mains que le malheur les vide. »

« Donnons donc, chers associés, donnons sans trêve ni relâche à la communauté; dans notre fédération confraternelle tous les membres sont solidaires, et le bien que nous faisons à autrui, nous le faisons à nous-mêmes. Il ne suffit pas d'avoir constitué la famille médicale, il faut pourvoir à son existence.

« Il faut que l'Association soit grande et puissante par le nombre, par la richesse, par la concorde et l'union intime entre ses membres égaux, en même temps qu'elle forcera, par les services rendus, l'estime et la reconnaissance publiques.

« Le moyen de gagner ces avantages est très simple, la recette infaillible: je la retrouve dans l'Evangile, vieux formulaire de thérapeutique morale: « Soyons de bons et vrais frères; aimons-nous, c'est la douce loi; sachons aimer, c'est la meilleure science. »

Les applaudissements répétés qui ont accueilli ce discours ont prouvé à M. Roger que les sentiments qu'il a si bien exprimés ont trouvé un écho fidèle dans tout son auditoire.

Après l'éloquence de la parole, celle des chiffres: M. Brun rend compte de la situation financière de l'Association pendant l'exercice 1888.

La caisse générale a encaissé 31.530 fr. 34 et déboursé 24,064 fr. 60; la différence, 7465 fr. 74 reste en caisse pour les premiers besoins. Dans les recettes figure, comme totalité des versements statutaires effectués par les Sociétés locales, la somme de 23,855 fr. 60. Parmi les dépenses, il est bon de mentionner la somme de 3850 francs, donnée en allocations diverses et subventions aux Sociétés locales, et celle de 8000 francs, qui a été attribuée à la Caisse des pensions viagères. Cette dernière caisse a été particulièrement favorisée. Elle a reçu, en effet, le solde du legs du docteur Roth, solde s'élevant à 125,576 fr. 80, non compris un titre de 300 francs de rente française 3 0/0 dont la nue propriété est acquise à l'Association. D'autres donateurs, MM. Lannelongue, Ricord, René Marjolin, Henri Roger, Lallement, Hugot, Leroy-Dupré, Brun, Burdel, Hallopeau, Hérard, Larrey, Leroux, Pfeiffer, Roth (Mathieu) Cardés, Georges Marjolin, Georges Wickham, etc., ont enrichi la Caisse des pensions d'une somme totale de 6525 francs. Celle-ci a reçu des Sociétés locales la somme de 20,390 fr. 15. Tous ces encaissements ont porté l'avoir de la Caisse des pensions à la somme de 1,275,467 fr. 32, sur laquelle 952,180 francs ont été versés à la caisse de la vieillesse pour le service de 70 pensions, et 318,603 fr. 18, restent disponibles pour la constitution des pensions de 1889 et années suivantes.

L'avoir de l'Association, non compris les rentes constituées et les nues propriétés, est de 1.364.603 fr. 06. Si l'on y ajoute l'avoir des Sociétés locales, qu'on peut évaluer à un million de francs, on voit que l'avoir total de l'œuvre est près d'atteindre deux millions et demi (aussi approximativement que possible 2.463.235 fr. 53).

C'est en présence de ce capital considérable que certains esprits se sont demandé si le moment n'était pas venu d'étendre à un plus grand nombre de sociétaires le bénéfice de l'Association en instituant des indemnités en cas de maladie, et même en créant, dans une certaine mesure et sous certaines conditions, le droit à la pension de retraite. Ces questions, la première surtout, qui a été prise en considération par l'Assemblée générale, vont être l'objet d'une étude approfondie, et nous devons nous borner ici à les signaler.

En attendant, on ne doit pas perdre de vue le but principal poursuivi par les fondateurs de l'Association, qui est d'assurer à tous les déshérités de la profession, moyennant une cotisation annuelle minime, une pension viagère en rapport avec le rang social qu'ils occupent. Les pensions, d'abord des plus modestes et par leur taux et par le nombre des bénéficiaires, ont pris un assez rapide essor. De 300 fr. au début, elles ont atteint le chiffre de 600 fr. C'est celui de 1.200 fr., vers lequel on tend, et l'on peut prévoir le moment où on l'atteindra. On a, dès à présent, la satisfaction de pouvoir répondre favorablement à toutes les demandes de pension et il faut espérer que les misères ne grandiront pas plus vite que les ressources. Cette année, par exemple, 15 pensions nouvelles de 600 fr. ont été accordées, représentant un capital de 225.000 fr. Elles portent ainsi à 85 le nombre des pensions actuellement servies, et à 1.177.180 fr., le capital destiné à ce service. On ne saurait véritablement accuser l'Association de l'immobiliser et de thésauriser, et les efforts qui ont conduit à de tels résultats méritent l'approbation générale. L'œuvre n'en est pas moins perfectible, comme toute institution humaine, et il y aura lieu d'étudier et d'examiner avec soin, sans parti pris, les avantages et l'opportunité des réformes proposées.

Nous nous plaisons à rendre justice, sous ce rapport, à l'esprit de sage libéralisme qui se dégage du discours excellent et justement applaudi du secrétaire général, M. Riant. Après avoir rendu un dernier hommage à la mémoire de ceux que l'Association a perdus, Dupré (de Bourg), Lallement (de Nancy). Dénucé (de Bordeaux), Benoist (de St-Nazaire), Dépéret-Muret (de Limoges), Rousseau (Aisne), Puissant (Yonne), Manfredi (Corse), souhaité la bienvenue aux nouveaux élus, constaté l'accroissement du nombre des sociétaires et de la fortune de l'Association, consacré un passage à la lutte toujours stérile de la profession contre l'exercice illégal de la médecine, notre éloquent confrère aborde la relation de faits ou d'actes qui témoignent des progrès de l'assistance matérielle et de l'assistance morale de l'Association. C'est ainsi que, dans plusieurs départements tels que la Haute-Garonne, la Haute-Savoie, la Nièvre, le Nord, etc., il signale les tendances, bientôt suivies d'un commencement d'exécution, de la part des Sociétés locales, à instituer l'assistance pécuniaire en cas de maladie, suivant un système analogue à celui de l'*Œuvre d'assistance médicale mutuelle*, fondée à Paris par M. Lagoguey. Cette sorte d'expérimentation du mode d'assistance dont il s'agit, n'est pas faite pour déplaire à notre confrère; elle lui semble, non sans raison, préparer la solution de la question qui, le lendemain, sera prise en considération par l'Assemblée.

« Ce n'est certainement pas, dit-il, une mauvaise manière d'apprécier les conditions, les difficultés, les résultats d'une œuvre de ce genre que d'en faire ainsi des essais partiels. Une Société locale est mieux placée pour reconnaître la légitimité des indemnités réclamées et en déterminer le taux, variable suivant la localité ou la situation; pour surveiller le fonction-

nement de l'assistance donnée ; elle connaît ses malades ; elle les a plus sous la main ; le lien confraternel est fortifié par des relations plus fréquentes. Les résultats sont-ils encourageants, l'exemple sera bientôt imité par d'autres sociétés empressées de voir fonctionner chez elles un nouveau service, qui aura déjà fait ses preuves dans une autre partie de l'Association. »

C'est, comme on voit, la méthode expérimentale appliquée à l'étude des questions professionnelles. Il est permis de penser qu'elle ne sera pas moins féconde sur ce terrain que sur le terrain scientifique.

L'assistance morale de l'Association ne s'est pas moins affirmée que l'assistance matérielle; M. Riant cite de nombreux faits qui le démontrent.

Le défaut d'espace ne nous permet pas de suivre notre confrère dans les développements qu'il consacre aux secours distribués largement par les Sociétés locales aux confrères malheureux, à leurs femmes et à leurs enfants; aux affaires à propos desquelles le Conseil général a été appelé à donner son avis ou son appui ; au projet de loi sur l'exercice de la médecine que les efforts persévérants de M. Chevandier ont réussi à préserver d'un ajournement indéfini. On ne peut qu'applaudir quand il ajoute qu'en attendant que la législation soit mise en harmonie plus parfaite avec nos besoins, avec la vérité, avec la justice, nous devons agir, faire nous-mêmes nos propres affaires, et chercher le salut dans l'union qui assure la dignité, l'indépendance du corps médical, dans la concorde et la fraternelle bienveillance, dans la solidarité, en un mot dans l'Association.

M. Passant, chargé du rapport sur les pensions viagères, commence par rendre hommage à la libéralité du Dr Roth qui a si notablement accru le capital de ces pensions. Il oublie, mais cet oubli volontaire a été réparé par M. le Président, de dire que c'est grâce à lui, M. Passant, à son initiative, à ses conseils que le Dr Roth est devenu le bienfaiteur de l'Association. Nous ne dirons rien du tableau des misères que les pensions sont destinées à soulager; ceux qui douteraient des bienfaits de l'Association n'auraient qu'à le consulter. Le rapport conclut en proposant d'accorder toutes les pensions demandées, soit 15 nouvelles pensions de 600 francs.

Le soir, à l'hôtel Continental, banquet réunissant les présidents et délégués des Sociétés locales, les membres du Conseil général et nombre de confrères parisiens. Toast habituel de M. Roger aux présidents et délégués des Sociétés locales ; réponse de l'un de ces derniers, qui a été cette année M. Laguesse (de Dijon); toast de M. Motet aux conseils judiciaires de l'Association ; réplique de M. Bétolaud ; toast de M. Diday au doyen de nos maîtres, M. Ricord, réponse de ce dernier et touchante accolade donnée par le Ricord de Paris, à son *fils* en syphiligraphie, le Ricord de Lyon.

Nous devons renvoyer au prochain bulletin le compte rendu des travaux de la séance du lundi. Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE.

En 1870 et 1871, à la fin de l'Empire et au commencement de la République, la *Presse scientifique* fut menacée de différentes charges, timbre, cautionnement, impôt sur le papier, etc., et ne dut d'y échapper qu'aux efforts d'un syndicat qu'elle avait nommé pour organiser la défense de ses intérêts. Depuis cette époque, différentes tentatives ont été faites, mais en vain, pour reconstituer le syndicat de la *Presse médicale*. Une dernière et récente tentative de ce genre vient enfin d'être couronnée de succès. Un certain nombre de directeurs ou rédacteurs en chefs de journaux de médecine se sont réunis et ont élaboré le projet suivant de statuts qui n'a pas tardé à être couvert de signatures.

STATUTS.

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination de *Association de la Presse médicale*.

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la Presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine ; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier ; 3° être présenté par deux membres de l'Association ; 4° être élu en Assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains; les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul représentant au sein de l'Association.

Art. 7. — L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association paient une cotisation annuelle de trente francs, réduite à quinze francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais

En dehors de ces réunions statutaires, l'Association peut se réunir extraordinairement sur la convocation des syndics.

Paris le vingt-et-un février mil huit cent quatre-vingt-neuf.

Ont signé, et sont par conséquent membres fondateurs de l'Association :

MM. Auvard : *Archives de tocologie.*
Bardet : *Les nouveaux remèdes.*
Bottentuit : *France médicale.*
Bouchut : *Paris médical.*
Bourneville : *Progrès médical.*
Cadet de Gassicourt : *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*
Cézilly : *Concours médical.*
Charcot : *Archives de neurologie.*
Cornil : *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.*
Doléris : *Archives nouvelles d'obstétrique et de gynécologie.*
Dujardin-Beaumetz : *Bulletin général de thérapeutique.*

Duplay : *Archives générales de médecine.*
Galezowski : *Recueil d'ophthalmologie.*
Gouguenheim : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*
Huchard : *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*
Joffroy : *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.*
Laborde : *Tribune médicale.*
Landouzy : *Revue mensuelle de médecine.*
Lereboullet : *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*
Le Sourd : *Gazette des hôpitaux.*
Lucas-Championnière : *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
A. J. Martin : *Revue d'hygiène et de police sanitaire.*
Mary-Durand : *Courrier médical.*
De Maurans : *Semaine médicale.*
Nicaise : *Revue mensuelle de chirurgie.*
Panas : *Archives d'ophthalmologie.*
Prengrueber : *Bulletin médical.*
De Ranse : *Gazette médicale de Paris.*
Richelot : *Union médicale.*
Ch. Richet : *Revue scientifique.*

Les trois syndics élus sont MM. Cézilly, Cornil et de Ranse.

Conformément à l'article 10, les membres de l'*Association de la Presse médicale* ont tenu vendredi dernier une réunion suivie d'un banquet confraternel. Les deux tiers des sociétaires étaient présents à cette première séance et ont justifié par leur empressement à s'y rendre, par l'examen attentif des questions mises à l'ordre du jour et la cordialité de leurs rapports, l'utilité et l'opportunité de l'Association nouvelle. Celle-ci réunira bientôt les adhésions de tous les organes de la *Presse médicale* qui s'inspirent avant tout des intérêts de la science et de la profession.

— Pétition au Conseil municipal. — Nous reproduisons volontiers la pétition suivante en appelant sur elle l'attention du médecin et de l'administration.

Monsieur le Président, Messieurs les Membres du Conseil municipal,

Les docteurs en médecine soussignés ont l'honneur : 1° d'appeler votre attention sur tout l'intérêt qu'il y aurait au point de vue de l'hygiène morale, surtout au moment de la visite de tant d'étrangers, à inviter M. le directeur des travaux de Paris à faire disparaître des vespasiennes et autres endroits publics les annonces multicolores des professeurs (?) et autres princes de la science (?) qui préconisent des traitements pour les maladies secrètes, ce qui pourrait faire croire aux étrangers que la population parisienne est plus atteinte qu'aucune autre de ces affections ; 2° de vous signaler l'urgence de mettre ces visiteurs en garde contre ceux qui, usurpant le titre de docteur en médecine, inondent Paris d'affiches trompeuses et de prospectus mensongers.

Ce ne sont partout qu'instituts médicaux, cliniques, cabinets médicaux dont les propriétaires font précéder leur nom des lettres Dr qui souvent ne signifient pas Docteur comme le public le suppose, mais Directeur comme la Préfecture de police le sait bien. Ailleurs, ce sont des consultations gratuites (de nom) données dans des pharmacies ou ailleurs, par qui ? Mystère.

Ne vous paraît-il pas urgent d'inviter M. le préfet de police, en exécution de la loi du 10 ventôse an XI, à ordonner un recensement des personnes qui ont le droit d'exercer la médecine, et le prier de faire établir par les commissaires de police une liste des docteurs en médecine, et une liste des officiers de santé de chaque quartier avec indication du lieu et de la date de la réception. Ces listes, affichées dans les commissariats et mairies, permettraient au public d'être exactement renseigné, ce qui est impossible aujourd'hui.

La liste dressée par le 8e bureau de l'enseignement primaire à la Préfecture de la Seine est incomplète, parce que beaucoup de médecins omettent volontairement ou non de faire enregistrer leurs diplômes.

Les annuaires, entreprises privées, ne présentent au public aucune sécurité, car parmi les docteurs on y trouve inscrits la plupart des officiers de santé et même des personnes qui ne sont munies d'aucun diplôme, ce qui deviendrait impossible lorsque les listes dressées par les commissaires de police seront à la disposition du public.

Les soussignés espèrent que vous voudrez bien faire droit à leur requête et vous prient d'agréer l'expression de leur parfaite considération.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le professeur Henri Albanese, directeur de la clinique chirurgicale de Palerme, vient de mourir, jeune encore, à Naples, qu'il ne faisait que traverser. Il venait d'assister à Rome à la Réunion du Congrès supérieur de l'instruction publique.

L'Italie perd en la personne d'Albanese un de ses plus distingués chirurgiens. (D'après *Il Raccoglitore medico.*)

***

Faculté de médecine de Paris. — Coucours de l'adjuvat. — Le jury du concours de l'adjuvat est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Ch. Richet, Farabeuf, Poirier, Guyon, Panas, Jalaguier.

Les candidats sont MM. Chipault, Noguez, Faure, Louis, Raymond, Mauclaire, Guillemin, Sauvineau, Delagenière.

***

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté ministériel en date du 15 mai, un concours s'ouvrira le 15 novembre 1889, à l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, à l'école de médecine de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

***

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 2 mai, ont été promus : *médecin major* de 1re *classe*, M. Duponchel (Emile), professeur agrégé au Val-de-Grâce, Gaubert (Fortuné) ; *médecins majors* de 2e *classe* : MM. Louguet (Remi-Edouard), Schrapff (Jacques-Joseph) ; Raynal (François-Emile), Carlier (Louis-Clovis-Georges), Rostan (Jean-Joseph-Marie-Charles), Lepagnez (Louis-Alexandre), Basiu (François), Salebert (Philippe-Albert), Boucher Remi-Marie), Debrie (Emile-Jules), Tayac (Victor-Henri-Emmanuel), Gruet (Elie-Pierre-Marie-Joseph), Petit (Jean-Jules-Henry), Meunier (Georges-Henri), Boussavit (Louis-Léon-Alexandre), *médecins aides majors de* 1re *classe*.

***

Ecole du service de santé militaire. — Concours d'admission 1889. — Par décision du 8 mai courant le ministre de la guerre a fixé ainsi qu'il suit le nombre des candidats à admettre cette année à l'emploi d'élève du service de santé militaire :

Candidats à 16 inscriptions, 3.
Candidats à 12 inscriptions, 5.
Candidats à 8 inscriptions, 30.
Candidats à 4 inscriptions, 45.

Les élèves à 16 inscriptions n'entreront pas à l'école de Lyon. Ils recevront une indemnité de 100 fr. par mois, à partir de leur

admission, et devont être reçus docteurs avant le 1er février 1890, époque à laquelle ils seront admis, comme stagiaires, à l'École d'application du Val-de-Grâce. Les élèves des trois autres catégories entreront à l'École de Lyon à une date qui leur sera notifiée en même temps que leur nomination.

On rappelle que, pour la dernière fois cette année, les candidats à 12 et à 16 inscriptions sont admis au concours, et que, pour la dernière fois en 1890, le concours sera ouvert aux élèves à 8 inscriptions, l'Ecole ne devant plus, dès 1891, recevoir que des étudiants pourvus de 4 inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat.

Pour tous autres renseignements, se reporter à l'instruction du 1er mars 1889.

*
* *

Revaccinations dans l'armée.—A l'occasion de la dernière période d'instruction des hommes de l'armée territoriale, le ministre de la guerre a prescrit la revaccination immédiate, à leur arrivée au corps, des hommes de toutes les armes et services sans distinction. La même mesure, qui vise à l'extinction, déjà obtenue en Allemagne, de la variole dans l'armée, sera appliquée aux réservistes et aux hommes dits à la disposition, lorsqu'ils rejoindront leur corps.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le Magnétisme animal (Hypnotisme et suggestion), étude historique et critique par le Dr J.-S. Morand, directeur et rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*.—Paris, Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, 3 fr. 50.

— *Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, région dorsale et région dorso-lombaire*, par le Dr J. Mériard, avec 44 figures intercalées dans le texte. Lille, imprimerie L. Danel, 1889.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 MAI 1889.

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 4. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 8. —Diphtérie, cronp, 28. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses, 35. — Autres, 5. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrbagies cérébrales, 51. — Paralysie, 17. — Ramollissement cérébral, 56.—Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 27. — Bronchite chronique, 42. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 51. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. —Biberon, 40. — Diarrbée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonites puerpérales. 4. — Antres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 27. — Suicides, 10.— Autres morts violentes, 10.—Autres causes de mort, 190.—Canses inconnnes. 7. — Total : 951.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Imp. A. PARENT, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DU PIED ET DE L'ABLATION PRÉALABLE DE L'ASTRAGALE DANS LES RÉSECTIONS TIBIO-TARSIENNES POUR OSTÉO-ARTHRITE SUPPURÉE. Note de M. OLLIER.

Dans une communication faite à l'Académie en 1882, j'exposais les résultats que j'avais obtenus par la chirurgie conservatrice de la main dans les ostéo-arthrites chroniques du poignet. Le même travail est encore à faire pour la chirurgie conservatrice du pied, car les divergences les plus grandes règnent toujours sur ce sujet parmi les chirurgiens les plus autorisés. Ne pouvant aborder cette vaste question dans ses détails, j'appellerai seulement l'attention de l'Académie sur les points de vue nouveaux auxquels doivent être envisagées les opérations destinées à éviter l'amputation du pied.

La fréquence des récidives après les opérations conservatrices tentées sur le cou-de-pied, la difficulté d'amener à une guérison complète et définitive la plaie occasionnée par la résection de l'articulation tibio-tarsienne, atteinte de carie ou de tuberculose osseuse, ont semblé donner raison jusqu'ici aux opérateurs qui considéraient l'amputation du pied, dans cette articulation ou au-dessus des malléoles, comme le parti le plus sage et le plus rationnel.

Cette opinion me paraît une erreur qui tient à l'imperfection des méthodes opératoires anciennes et à l'impossibilité de faire l'extirpation complète et radicale des tissus morbides quand on se sert des procédés classiques. Ce qui importe, dans les lésions à limites vagues et diffuses, et dans les parties accidentées et sinueuses occupées par des os multiples et des articulations nombreuses, c'est de pouvoir aborder tous les recoins de la région malade sans compromettre aucun des organes nécessaires à son fonctionnement ultérieur.

La résection de l'articulation tibio-tarsienne dans les cas d'ostéo-arthrite suppurée (nous n'envisageons aujourd'hui que cette catégorie de lésions) a consisté principalement jusqu'ici dans l'ablation des extrémités tibio-péronières et accessoirement dans l'ablation ou l'excision de l'astragale. On enlevait d'abord les malléoles et le plateau tibial, et l'on finissait par réséquer une tranche ou la totalité de l'astragale, selon qu'on le trouvait plus ou moins profondément altéré.

Aujourd'hui, nous agissons en sens inverse : nous enlevons d'abord l'astragale et puis nous abrasons, nous évidons le plateau tibial et les malléoles, en conservant la forme de la mortaise tibiale ; et, s'il le faut, nous enlevons complètement ces parties en déterminant un peu plus haut une nouvelle mortaise par une résection modelante.

Nous commençons par où nos devanciers finissaient, et nous agissons ainsi dans un triple but :

Nous enlevons d'abord l'astragale, qui est souvent le point de départ de l'affection et qui, dans les anciennes ostéo-arthrites, est toujours assez altéré pour faire craindre une récidive prochaine, si on le laisse dans la plaie.

En second lieu, nous conservons le plus possible de la mor-

FEUILLETON

UN MÉDECIN FRANÇAIS DU 16e SIÈCLE
JACOBUS HOLLERIUS.

(*Suite, Voir le 2e-20*).

II. — SA VIE.

Si tous les biographes s'accordent à faire naître notre héros à Etampes, ce que le titre de ses œuvres dit hautement, aucun ne donne la date de sa naissance. On est en droit de supposer qu'il est né vers le commencement du XVIe siècle ayant été nommé doyen en 1546. Son nom même peut être sujet à contestation. Le mieux serait de continuer à l'appeler du nom latinisé Jacobus Hollerius ; Hollerius en effet peut aussi bien correspondre à Hollier (1), à Houlier, à Houllier, à Houiller et à Houillier (2).

Quoi qu'il en soit, J. Hollerius fit ses études à Paris, où le 7 novembre 1536, il fut reçu docteur sous le décanat de Jean Tagault. En 1538, il devint professeur de la Faculté (1) et au mois de novembre 1546, il était nommé doyen, mandat qui lui fut renouvelé en 1547. C'était, d'après Eloy, un homme recommandable par sa science et par son attachement à la doctrine d'Hippocrate. L'historien de Thoce, dans son 34e livre, parle en ces termes de Jacques Houlier : « Comme il était riche et qu'il ne se souciait pas du gain qui est fort considérable pour ceux de cette profession, dans une

(1) Il y a eu un Hollerus (Blaise) qui, d'après le Recueil de Merklin *Lindenius Renovatus de Vindriencis scriptis medicis*) a écrit sur la médecine de 1556 à 1565, et dont le nom peut être confondu avec celui de Jacques Houlier, sans compter que Sprengel, dans le Tableau chronologique qu'il a placé à la fin du t. IV de l'*Histoire de la médecine*, mentionne à la page 390, à la date 1562 qui est justement la date de la mort de Jacques Houlier, la mort d'un Thomas Houlier. Quel est ce Thomas Houlier ?

(2) J'ai préféré adopter l'orthographe Houlier, sans les deux *ll* que lui donnent beaucoup d'auteurs, encore moins sans le second *i* que certains lui accordent. Houlier me paraît mieux répondre au latin Hollerius. La lettre *l* remplaçant la lettre *u* du nom français comme dans *palma* correspondant à *paume*.

(1) A. Chereau. Dictionnaire de Dechambre.

taise tibiale, afin d'avoir de meilleures conditions de solidité pour la néarthrose que nous voulons établir. Une simple abrasion ou un évidement de la face interne des malléoles et du plateau tibial permet de conserver la charpente extérieure du ginglyme futur.

Et enfin, nous tenons avant tout à nous procurer, dès le commencement de l'opération, tout le jour nécessaire pour rechercher les altérations osseuses, et le plus d'espace possible pour fouiller avec sécurité les recoins les plus cachés. Grâce à l'espace libre que laisse l'ablation de l'astragale, nous voyons immédiatement dans quel sens nous devons diriger nos recherches et dans quelles limites nous pouvons agir.

Nous procédons ainsi, même dans les cas où l'astragale ne paraît pas altéré dans toute son étendue. Au besoin de voir clair, nous sacrifions quelques parties qui peuvent être encore saines, sans doute, mais qui sont un obstacle à la recherche des tissus malades. Nous sacrifions un os dont le pied peut parfaitement se passer plutôt que les extrémités tibio-péronières qu'il est plus difficile de faire reconstituer dans de bonnes conditions, malgré la régénération des malléoles. Nous appliquons du reste le même principe aux autres résections du pied; lorsqu'il s'agit d'aller fouiller dans les articulations multiples ou anfractueuses du tarse, nous sacrifions volontiers un ou plusieurs de ces petits os lorsque leur présence empêche de bien voir ce qui se passe autour d'eux, et nous les sacrifions surtout lorsque leur ablation, loin d'être nuisible à l'intérêt orthopédique, ne fait que le favoriser. Dans la tarsectomie antérieure, par exemple, l'ablation des cinq os est en général préférable à l'ablation d'une des moitiés latérales de la masse tarsienne.

Quand on considère la poulie astragalienne qui supporte seule le poids du corps, dans certains mouvements et attitudes, et qui est le centre des mouvements du cou-de-pied, on se demande sans doute comment le pied pourra fonctionner après l'ablation de cet os; mais, sans compter les faits anciens d'ablation de l'astragale luxé, l'expérimentation et surtout les résultats cliniques que nous avons obtenus nous ont depuis longtemps rassuré à cet égard.

Bien que l'astragale ne puisse pas se reproduire avec sa forme et sa structure primitives, une néarthrose solide et mobile se reconstitue grâce à la production *in situ* d'une masse ostéo-fibreuse qui comble l'espace intertibio-calcanéen. Cet espace diminue immédiatement, du reste, par le rapprochement du tibia et du calcanéum. Ce dernier os remonte et vient s'emboîter dans les saillies malléolaires qui dans l'avenir assureront sa fixité latérale. Le membre perd, de ce chef, 2cm environ en hauteur, mais il recouvre toute sa solidité et finit par récupérer à la longue toute la mobilité nécessaire pour un bon fonctionnement, si les conditions anatomiques des os intéressés et des tissus périphériques sont favorables à l'établissement d'une néarthrose. Quelques cas se sont terminés par ankylose, toute la surface cartilagineuse ayant été détruite et les ossifications périostiques ayant envahi les tissus conjonctifs voisins. Le traitement post-opératoire est ici, d'ailleurs, de la plus grande importance pour diriger le processus de reconstitution de l'articulation et empêcher la soudure des os, tout en maintenant l'exactitude de leurs rapports pendant les premières semaines qui suivent l'opération.

La conservation de tous les tendons péri-articulaires et de tous les ligaments des articulations intéressées est indispensable pour obtenir la reconstitution d'une articulation sur le type physiologique de l'articulation enlevée. Quand on a appliqué rigoureusement à l'ablation de l'astragale les règles fondamentales de la méthode sous-périostée, le pied a peu de tendance à se déplacer; il est maintenu en équilibre par la résistance de tous les liens périphériques qu'on a su conserver.

C'est depuis dix ans environ que nous avons envisagé de cette manière la résection tibio-tarsienne, et nous pouvons aujourd'hui invoquer en sa faveur, non pas quelques faits isolés et récents, mais les résultats de quarante-trois opérations portant soit sur l'astragale seul, soit sur l'astragale et le calcanéum à la fois, soit sur ces deux os et les autres os du tarse auxquels ils sont unis en avant. Le temps n'a fait que consolider, et nous devons ajouter améliorer les résultats que nous avions obtenus. Nous avions été peu satisfait au début de l'ablation simultanée de l'astragale et du calcanéum, aussi, en faisant connaître nos premiers résultats, avions-nous émis les plus grandes réserves sur la valeur de cette opération. Cinq de nos opérés, que nous avons retrouvés récemment, nous ont montré que nos réserves étaient exagérées, et une jeune femme, opérée de l'ablation du calcanéum en 1882 et de l'ablation de l'astragale en 1883, est capable aujourd'hui de faire une marche de 30 kilom. sans soutien et sans chaussure spéciale. Un jeune homme, qui a subi la même opération

---

si grande ville, Il apporta dans la médecine un jugement si éclairé par une profonde méditation, qu'il guérissait heureusement les maladies désespérées, que les autres qui ne faisaient que fatiguer leurs mules en courant par les rues de malades en malades ne connaissaient pas. Comme il sentait que la joie est le meilleur de tous les remèdes, et celui qui fait un effet le plus prompt et le plus assuré, il travaillait non seulement à guérir le corps par ses ordonnances et les médicaments qu'il prescrivait, mais il tâchait surtout de divertir l'esprit par sa conversation enjouée et ses discours agréables ». Rabelais, on le voit avait formé des élèves. Les soins pénibles et la pratique de la médecine n'empêchaient pas Houlier de cultiver les autres parties de son art.

Il s'appliqua surtout à la chirurgie, et y acquit tant de connaissances, que Tagault avait profité de ses lumières dans la composition de son *commentaire* sur Gui de Chauliac. Quoiqu'il en soit, Houlier ajoute à la grande chirurgie de Tagault un traité de matière médicale externe.

Malgré ses grandes occupations, Houlier employait beaucoup de temps à écrire ses nombreux ouvrages; mais la maladie qui l'enleva (en janvier 1562), l'empêcha d'y mettre la dernière main. Il n'en publia rien lui-même. Depuis sa mort, ses écrits ont été supprimés (1) par des plagiaires; et ceux qui avaient paru de son vivant, furent imprimés avec peu de soin, au désavantage de ce grand homme et plus encore du public. Le président de Thou dit qu'il a souvent entendu le fils de Jacques Houlier se plaindre du tort que cela avait fait à la réputation de son père; il ajoute même que ce fils pouvait lui seul réparer cette perte en nous donnant les ouvrages de cet auteur en meilleur ordre et corrigés selon ses intentions. Il est vrai que le fils d'Houlier n'était pas d'une profession à faire croire qu'il réussirait dans ce travail, puisqu'il était conseiller à la cour des aides; mais comme il avait un esprit admirable et rempli de connaissances sur toutes sortes de sciences, il n'aurait pas manqué d'y réussir s'il ne fût point mort avant d'avoir exécuté le dessein qu'il avait en tête sur cet objet. C'est aux devoirs de sa charge, mais plus encore aux longs voyages qu'il fit souvent, qu'on doit attribuer tous les retardements qu'il a

(1) C'est ainsi que s'exprime la Biographie médicale. On est en droit de supposer qu'il y a eu là erreur d'impression, *Copiés* serait plus vraisemblable.

en 1884, a fait, il y a quelques mois, 73 kilom. en trois jours.

Mais, si les résultats de l'ablation simultanée de l'astragale et du calcanéum nous ont laissé longtemps indécis sur la valeur de cette opération, ceux de l'ablation simple de l'astragale avec abrasion de la mortaise tibio-péronière ou de la face supérieure du calcanéum ont été plus rapidement démonstratifs, et les photographies que je dépose sur le bureau de l'Académie prouveront mieux que toutes les descriptions combien peu le pied ainsi opéré est modifié dans sa forme et ses proportions.

Il faut donc ne pas se hâter de pratiquer l'amputation du pied dans les ostéo-arthrites suppurées du cou-de-pied et des autres articulations tarsiennes. Quoique entourées de plus d'obstacles qu'au membre supérieur, les opérations conservatrices réussiront tout aussi bien dans les ostéopathies du pied, toutes les fois qu'on les appliquera dans les conditions locales générales propres à favoriser leur succès. Ce sont des opérations applicables surtout aux jeunes sujets, jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, lorsqu'il s'agit de ces ostéo-arthrites spontanées que nous rapportons aujourd'hui à la tuberculose. Il n'y a pas de règle absolue à cet égard ; mais plus tard, l'amputation est, d'une manière générale, préférable chez les tuberculeux, et il ne faut pas hésiter à y recourir s'ils sont menacés d'infection générale ou déjà atteints d'un commencement d'altération viscérale.

En résumé, l'ablation de l'astragale suivie de l'abrasion ou de la résection des articulations limitantes permet de conserver le pied avec sa forme à peu près normale et son aptitude fonctionnelle pour l'exercice d'une vie active. Ces résultats nous paraissent dus au changement dans l'idée directrice et la technique de la résection tibio-tarsienne. L'ablation de l'astragale permet de conserver plus complètement les extrémités tibiale et péronière, qui sont les parties les plus essentielles pour la solidité du pied, et surtout elle crée une voie large pour explorer le champ opératoire et découvrir les germes morbides qui nous échappaient autrefois. D'autre part, le perfectionnement de la technique opératoire permet de faire les ablations osseuses les plus complexes et les plus étendues sans sacrifier aucun des organes (tendon, muscle, nerf, ligament) qui seront utiles pour la reconstitution du pied sur son type primitif. (*Académie des sciences*, séance du 15 mai 1889.)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'épithélioma des cicatrices

par Armand Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon.

Suite (1).

Dans l'étude de l'étiologie des cancers cicatriciels, Virchow va plus loin, le tissu cicatriciel lui paraît des plus propres à l'évolution d'une tumeur maligne: en raison de sa structure incomplète et en quelque sorte atypique. Cette opinion est, croyons-nous, exagérée et comme nous le disions plus haut, le tissu cicatriciel non ulcéré nous semble peu favorable, sinon au développement, du moins à l'extension du néoplasme.

C'est pour ces sortes de tumeurs que le stade prodromique, précancéreux, dont parle Hutchinson (2) existe bien réellement, et consiste dans une structure particulière des bourgeons charnus végétant depuis longtemps sur une ulcération, et qui évolnent lentement, d'une façon atypique vers la forme épithéliomateuse. Nous avons passé sous silence, la théorie parasitaire qui compte aujourd'hui un certain nombre de partisans: la question n'est pas encore jugée, mais cette théorie s'adapterait parfaitement à tous les cas de cancers cicatriciels, l'agent infectieux, encore inconnu, trouvant dans des tissus depuis longtemps enflammés, un milieu favorable à son développement.

Les diathèses préexistantes jouent-elles un rôle aussi prépondérant qu'on l'affirme ? Il est difficile de l'affimer, mais disons que nous avons vainement recherché chez nos malades des antécédents arthritiques. La syphilis crée, pour un grand nombre d'auteurs, un lieu de moindre résistance. La syphilis d'après Sigmund (1), fait souvent son apparition en même temps que le cancer a un âge avancé : il n'y a peut-être là qu'une coïncidence. Son action locale paraît peut-être plus sérieuse que son action générale, et elle pourrait exercer une véritable influence en créant des ulcérations torpides et de longue durée, sur lesquelles viendrait plus tard se greffer le cancer. Voilà selon nous comment il faudrait comprendre la prédisposition niée par Erichsen, mais admise par Tibbits (3). Walker, Jackson, Lennox-Brown, Rivengton. Ricord avait déjà signalé

(1) Voir les numéros 17, 19 et 20.
(2) Cité par Quinquand. Ann. de Dermatologie, 1881.
(3) The Lancet, 23 décembre 1876.

---

mis à l'exécution de son projet pour la publication des ouvrages de son père. Il avait une telle fureur de voyager, que, dès qu'il pouvait s'échapper du palais, il se mettait en route sans dire mot à personne, et s'en allait sans beaucoup de façon, tantôt en Asie, tantôt en Afrique etc. »

Dans la préface d'Antoine Valet, au livre de Houlier, nous apprenons de plus que notre auteur avait un gendre qui s'appelait Andréas Pastoreus (Pastoureau).

D'autres biographes nous disent que Boerrhaave faisait grand cas des livres de Houlier. Haller lui-même l'estimait hautement et il affirme que les deux livres de Houlier sur les maladies internes ont la saveur des livres grecs (*ad saporem græcorum*). Jourdan (1) trouve cette appréciation exagérée et juge que cet ouvrage écrit dans le goût de ceux des médecins du quatorzième siècle (2) ne renferme absolument rien de nouveau. C'est une production médiocre ajoute-t-il.

(1) Biographie de Panckouke.
(2) C'est bien *quatorzième* siècle qu'on lit dans l'article de Jourdan. Le lecteur ne manquera de penser que c'est du seizième siècle qu'il est question.

Médiocre, pas tant que cela ! Il nous semble que l'un des premiers, Houlier a osé à l'appui des assertions d'Hippocrate apporter le résultat de ses observations personnelles. Et c'était une grande audace à l'époque où Hollerius professait.

Daremberg range lui aussi notre héros parmi les éditeurs traducteurs, commentateurs enthousiastes des auteurs grecs à côté de Cornarius, Nic. Léonicenus, Gontier, d'Andernach, Fuchs, Gorrée, Duret, Foës, Mercurialis, Champier, Montanus, Vallesius, J.-B. Sylvaticus, les Etiennes et bien d'autres. Et un peu plus loin, il le met au nombre des réformateurs de l'érudition (1).

Ses commentaires sur les *Prénotions coaques* d'Hippocrate aussi bien que ceux sur les aphorismes sont en effet célèbres. Le but principal de Hollerius fut d'ailleurs de chercher à ramener aux principes d'Hippocrate les esprits courbés sous le joug de l'école Galéno-arabique. « Cependant, prétend Jourdan, s'il repoussa les subtilités et les discussions oiseuses, s'il bannit les inutiles recher-

(1) A côté de Leoniceus, Duret, Gonthier d'Andernach, Linacre, Gorrée, Fuchs, Cornarius Mercuriali, Champier, Montanus, Vallesius, et *d'autres qu'il serait trop long d'énumérer*.

cette transformation des ulcères syphilitiques. On en a rapporté depuis un certain nombre d'exemples. Hutchinson mentionne la transformation cancéreuse de vieux ulcères syphilitiques de la langue et du col utérin. Morris (1) rapporte l'observation d'un carcinome survenu sur un lupus chez une syphilitique.

L'anatomie pathologique macroscopique de l'épithélioma cicatriciel, est trop connue pour que nous ayons à y revenir. Le cancroïde se présente sous deux formes, la forme papillaire et la forme ulcéreuse, la première étant peut être un peu plus fréquente. M. Legonest en donne une excellente description (2). Notre première observation offre un exemple typique de l'épithélioma papillaire. On trouvait à la dissection une couche superficielle de bourgeons rosés ou grisâtres, entre lesquels rayonnaient des traînées blanchâtres composées d'une substance ressemblant à de la matière caséeuse d'une couleur blanc jaunâtre. Cette substance était formée par des détritus épithéliaux. Les bourgeons étaient exubérants et se renflaient à leur extrémité en forme de chou-fleur. Quant aux traînées blanchâtres, elles affectaient la forme de papilles démesurément hypertrophiées. Elles étaient limitées du côté des tissus sains par des zones fibreuses aplaties et à fibres parallèles. Lorsqu'on se trouve dans une région où l'os est superficiel et envahi par le néoplasme, celui-ci offre l'aspect d'une matière sébacée qui aurait subi un commencement de dessication. Les lésions sont surtout prononcées du côté de la cavité médullaire et des couches sous périostées : Elles diminuent la consistance de l'os qui devient friable. La surface des bourgeons laisse suinter un liquide sero-sanguinolent assez abondant, mais les hémorrhagies vraies sont rares : tout au plus la déchirure d'un des bourgeons amène-t-elle quelques gouttes de sang. La forme ulcéreuse reste en général moins localisée, elle a une tendance plus marquée à l'extension, et gagne assez rapidement les tissus voisins. Elle est constituée par de larges plaques d'un rose assez vif, sur lesquelles se détachent de petits mamelons peu élevés et serrés les uns contre les autres par places, tandis que sur d'autres points, la plaque est à peu près lisse et ne présente pas d'élevures à l'œil nu. Les bords se continuent avec la peau saine, mais ils n'offrent pas un bourrelet épais et fibreux, comme on le trouve généralement à la périphérie dans la forme papillaire. On rencontre le plus souvent de petites masses ganglionnaires qui peuvent du reste manquer.

Une chose surprend dans l'évolution de ces néoplasmes. A première vue, ils paraissent s'étendre profondément dans les tissus sous forme d'infiltration diffuse, mais en réalité comme nous le faisait remarquer M. Poncet ils ne forment qu'une couche assez mince séparée des parties saines par des bandes de tissu fibreux. Dans notre première observation, l'extrémité du moignon était volumineuse, les bourgeons exubérants, mais l'épaisseur du tissu néoplasique n'était que de 2 à 3 centimètres. Ce qui montre bien la résistance du véritable tissu de cicatrice à l'envahissement de la tumeur, c'est la façon dont celle-ci se développe : elle occupe toute la surface primitivement bourgeonnante de la cicatrice, mais elle s'arrête en général aux parties fibreuses de celle-ci, et n'empiète que rarement sur les régions voisines. C'est ainsi que dans le moignon conique, épithéliomateux que nous avons disséqué, on voyait la tumeur remonter sur les faces laterales de la jambe jusqu'aux deux extrémités de la cicatrice d'amputation et s'arrêter nettement à cet endroit. C'est ce qui explique certaines différences dans la marche de l'affection, marche sur laquelle nous aurons à revenir.

Quant aux lésions histologiques, elles paraissent être toujours les mêmes et offrent les caractères de l'épithélioma lobulé typique. Notons seulement l'abondance des globes cornés mentionnée dans deux de nos observations. Nous n'insisterons pas davantage sur le caractère des lésions microscopiques qui se rapportent toujours à un épithélioma de la peau dont la description se rencontre dans tous les traités classiques.

Le siège des tumeurs cancroïdales cicatricielles n'offre rien de particulier à signaler. On les rencontre dans toutes les régions. Rindfleisch admet leur fréquence au niveau du cuir chevelu : malgré cette assertion il nous a été impossible d'en retrouver une seule observation. La partie supero-externe du bras est souvent le siège de ces dégénérescences cancroïdales : il est aisé d'en trouver la raison dans la présence des cautères dont elle constituait autrefois le lieu d'élection (1). En général, soit sur le tronc soit sur les membres, on les rencontre sur-

(1) The Brit. med. Journ., 19 juin 1880.
(2) Dict. encyclop. Art. Cicatrice.

(1) Nous avons récemment observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet, un épithéliome de la partie supéro-interne de la jambe gauche développé sur une cicatrice d'ancien cautère. L'ablation en fut facile, la lésion étant encore plus étendue en surface qu'en profondeur.

ches sur les causes prochaines des maladies. il ne sut pas apprécier la noble simplicité de la thérapeutique d'Hippocrate, et adopta en grande partie les remèdes favoris et la polypharmacie dégoutante des Arabes. »

Le plus grand mérite de Houlier fut peut-être d'avoir formé des élèves d'une haute valeur entre lesquels il suffirait de nommer Duret, René Chartier, Antoine Valet, Jacot, etc.

Mais il eut un autre mérite et des plus grands, celui d'avoir su étendre son influence jusque sur les générations des siècles suivants par la construction de ce vaste édifice qui embrasse l'ensemble de la médecine pratique. Edifice imposant et qui dut rendre de grands services car s'il n'avait pas eu de solides fondements, il n'aurait pu supporter ces additions d'étages superposés que lui firent successivement les Duret, les Valet, les Hantin, etc. Son livre nous apparaît comme un vrai monument dans lequel les aspirants au bonnet doctoral venaient alimenter leur intelligence, y puiser les connaissances nécessaires, s'y fortifier pour la lutte ; seulement les générations qui se succédèrent avaient l'ambition de mieux faire et de voir de plus haut et de plus loin : aussi échafaudaient-ils une nouvelle série de pièces sur des pièces primitives. L'édifice en devenait plus vaste en s'élevant, en améliorant son aménagement.

En ce siècle de la Renaissance, on avait la soif des découvertes, mais on gardait encore le respect des premiers travailleurs, de ceux qui avaient posé les assises. Houlier avait donné l'exemple en commentant Hippocrate. Il eut le bonheur de former des élèves qui commentèrent ses propres livres.

(*A suivre*) Dr Albertus.

Concours d'agrégation de chimie, de physique et de pharmacie. — Le sujet de la composition écrite donnée aux candidats a été : Le rein, anatomie et physiologie.

Les candidats liront leur composition dans l'ordre suivant :

1° Section de chimie. — MM. Monange, Denigèze et Fauconnier.

2° Section de physique. — MM. Patein, Weiss, Hertin Sens, Lecercle et Fauche.

tout du côté de l'extension, où les cicatrices s'ulcèrent du reste plus aisément en raison de leur constant tiraillement. Les membres inférieurs paraissent être leur siège de prédilection, et il est facile d'en donner une raison à la fois anatomique et physiologique. C'est surtout à la jambe que l'on rencontre les ulcères torpides dont la guérison est si lente à obtenir; les ulcérations du pied quoique moins nombreuses, ont été souvent signalées comme point de départ de l'affection. D'autre part, les causes d'irritation se multiplient aux membres inférieurs, poids du corps, frottements répétés, tiraillement constant de la cicatrice. Notons encore l'influence des vieux foyers d'ostéite où s'entretient une inflammation interminable si favorable au développement insensible du néoplasme. Nous avons déjà parlé des épithéliomes de la région périnéale, des cancers profonds de la verge se développant dans de vieilles fistules urinaires (Poncet, H. Petit, Paget). Billroth parle des épithéliomas développés dans les cicatrices des plaies du décubitus. Enfin, si ce n'était sortir un peu de notre sujet, nous pourrions relever des observations jusque dans le domaine de la pathologie interne. Hutchinson dans son étude sur l'origine locale du cancer, parle des cancers intestinaux développés sur des cicatrices de dysentérie ou de tuberculose. On a signalé les cicatrices comme jouant un rôle important dans la production du cancer de l'estomac, et cette opinion semble péremptoirement démontrée par des raisons cliniques et anatomo-pathologiques (1) :

1° Les phénomènes cliniques du cancer paraissent succéder à ceux de l'ulcère rond.

2° A l'autopsie des cancéreux, on trouve des cicatrices guéries sur la muqueuse stomacale.

3° Enfin Hauser, assistant de Zenker (2) a décrit des productions adénoïdes, tapissées d'épithélium cylindriques survenues au voisinage de cicatrices d'ulcères : ces productions, constitueraient pour Hauser, le premier stade du cancer.

On avait attiré notre attention sur la possibilité de la transformation cancéreuse des cicatrices du col utérin, survenues à la suite des déchirures qu'entraînait un accouchement laborieux. Nos recherches dans ce sens, ne nous ont pas donné de résultat. Les auteurs ne parlent pas de l'influence des cicatrices sur le développement du cancer du col, et l'action elle-même de l'inflammation a été fortement discutée. Charpentier (3) parle bien des ulcérations situées dans les sillons du col chez les multipares, ulcérations présentant un état fongueux, dû d'après Ruge et Weit à une prolifération profonde de l'épithélium. Mais Gallard nie la possibilité de la transformation cancéreuse des déchirures du col et des ulcérations de la métrite chronique. Barnes (5) admet comme facteur important l'inflammation, mais il ne parle pas du rôle des cicatrices, pas plus que de Sinety (6) qui relève seulement l'influence des érosions et de l'ectropion de la muqueuse. C'est en somme tout ce qu'il nous a été possible de retrouver.

Il est assez difficile d'établir d'une façon absolue le pronostic du cancroïde des cicatrices; là comme dans toutes les tumeurs, on se heurte à des différences individuelles qui sont peut-être encore plus remarquables dans ces cas que partout ailleurs. Les chirurgiens sont d'ailleurs divisés sur ce sujet, Hawkins, Smith, Follin, Clément, d'après leurs observations croient à la bénignité plus ou moins relative de ces tumeurs, que Demarquay, Bœgehold considèrent au contraire comme comportant un mauvais pronostic. Récemment encore au Congrès de chirurgie de 1888, dans une communication sur la récidive des néoplasmes opérés, M. le professeur Poncet les rangeait parmi les tumeurs dont la malignité semble le mieux prouvée. On doit, ce nous semble, adopter à ce sujet une opinion intermédiaire. Si dans certains cas, la tumeur a paru évoluer lentement, sans retentissement bien marqué sur l'organisme et sans infection ganglionnaire, si cette même tumeur n'a pas récidivé après extirpation, il est des cas où le néoplasme a marché avec une foudroyante rapidité, telle qu'aucun traitement n'a pu l'enrayer. Nous citons à ce sujet deux observations dont l'une nous a été communiquée par notre collègue et ami, M. Ch. Audry, et a été recueillie par lui dans le service de M. le professeur Léon Tripier. Nous devons l'autre à l'obligeance de M. Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon : elle concerne un malade que nous avons pu voir dans son service hospitalier.

OBSERVATION. (Service de M. le professeur Tripier.) — M. Joseph, âgé de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 11 janvier 1888, salle Saint-Philippe n° 1.

Pas d'accidents constitutionnels. Il y a vingt ans, le malade s'est fait avec de l'alcool enflammé une brûlure étendue à toute la face postérieure et externe de la cuisse droite, à la peau du creux poplité et de la face postérieure du mollet du même côté. Les brûlures se sont cicatrisées après trente deux mois de séjour au lit, et ont laissé une bride cicatricielle longitudinale occupant à peu près l'axe du creux poplité, de telle sorte que l'extension complète de la jambe sur la cuisse est impossible et que le malade ne peut marcher qu'avec une canne.

Il y a deux mois, apparut à la face postérieure de la cuisse sur l'emplacement de la brûlure, une tumeur qui s'est rapidement accrue, surtout depuis un mois. Elle se présente actuellement sous l'apparence d'un vaste champignon de 8 centimètres de longueur sur 35 millimètres de large, rouge, bourgeonnant, sanieux, modérément saillant, laissant suinter un peu de sang et un peu douloureux à la pression.

On trouve des ganglions engorgés dans le triangle de Scarpa droit et au pli de l'aine : il en existe d'ailleurs à gauche, mais ils sont moins nombreux et beaucoup plus petits. L'état général est mauvais.

Le 16 janvier, opération pratiquée par M. Tripier, qui circonscrit la tumeur par une incision au bistouri, et l'enlève. Elle est implantée sur une masse cicatricielle, qui file entre les muscles et qui paraît pourvue de prolongements inaccessibles. On enlève tout ce qui paraît atteint par le néoplasme, hémorrhagie des plus légères. Pas de réunion, pansement à plat que l'on renouvelle tous les quatre à cinq jours. Mais il survient presque immédiatement (le 25 janvier) une récidive dans les bourgeons charnus que l'on extirpe à nouveau. Le 15 février, nouvelle récidive *in situ*, nouvelle extirpation au bistouri. La récidive suivait de près l'opération, et deux fois de suite, le 15 et le 20 avril, M. Tripier dut intervenir à nouveau pour enlever au bistouri des bourgeons charnus devenus cancroïdaux. (Il est regrettable que chaque fois, il n'ait pas été fait des examens histologiques complets, et portant sur différents points des bourgeons. On eût peut-être pu saisir d'une façon incomplète, il est vrai, le mode de transformation des néoformations de l'épithélium.)

Le malade a voulu quitter l'hôpital à la fin du mois d'avril, nous n'avons pu depuis avoir de ses nouvelles, mais il est bien probable qu'il a dû succomber rapidement aux progrès de l'affection.

L'examen histologique pratiqué sur des coupes provenant de la seconde récidive des bourgeons, a donné les résultats suivants :

La tumeur présente tous les caractères de l'épithélioma lobulé

(1) Dict. encyclop. des sc. méd. Art. Estomac, p. 222.
(2) Berlin Klin. Wochenschrift, 1882.
(3) Traité des accouch., t. I, p. 611.
(4) Mal. des femmes, p. 608.
(5) Traité des maladies des femmes, p. 701.
(6) Dict. encyclop. des sc. méd. Art. Utérus, p. 107.

typique ; elle offre une abondance extrême de globes cornés à toutes les périodes de leur évolution, du moins dans les couches superficielles. En certains points, les cellules épithéliales ont des dimensions considérables : partout l'épithélioma a de la tendance à se montrer sous la forme papillaire.

Observation. (Communiquée par M. Mollière.) — Bl... Antoine, âgé de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon salle Saint-Louis n° 40, le 26 mars 1888.

Rien à noter dans ses antécédents de famille ou personnels. Pas de cancéreux, ni d'arthritiques. A l'âge de cinq ans, il fut atteint de brûlures étendues au creux de l'aisselle, à la paroi thoracique, et à la face interne du bras du côté droit; brûlures assez profondes: les vêtements de l'enfant s'étaient enflammés et il les avait gardés un certain temps avant qu'on eût pu les éteindre. Ces brûlures ont mis trois à quatre mois à se cicatriser, et ont laissé à leur suite, une large surface cicatricielle parcourue par une bride en forme de V a pointe dirigée en haut dans le creux de l'aisselle. La cicatrice était tendue, et empêchait les mouvements forcés d'élévation et d'abduction du bras. Cette cicatrice était par moments douloureuse et s'ulcérait légèrement pour se reconstituer lorsque le malade cessait tout travail et se reposait.

En 1876, le malade se fractura la colonne vertébraie à la région lombaire : cette fracture était causée par la chute sur les reins d'un gros bloc de pierre : les membres inférieurs furent paralysés pendant deux mois. En 1886, au mois de septembre, travaillant dans une usine, il fut atteint à l'aisselle, par une assez grosse paillette de fer qui pénétra dans le tissu de la cicatrice. Elle y resta quinze mois en causant seulement de temps à autre quelques légères douleurs. Au bout de quinze mois, il se forma à la partie culminante de l'aisselle, un petit abcès qui s'ouvrit et laissa échapper la parcelle métallique Il s'écoula du pus pendant quelques jours, puis insensiblement, les bords de l'abcès se renversèrent et devinrent fongueux. Ceci se passait au mois de janvier 1888. Depuis cette époque, la transformation épithéliomateuse de la cicatrice s'est faite d'une façon véritablement foudroyante. Après avoir débuté par les parois de cet abcès elle a gagné en quelques mois toute l'étendue des tissus cicatriciels, et au mois de mai suivant, le malade entrait à l'hôpital pour un épithélioma cicatriciel, étendu à toute la partie interne du bras, à l'aisselle et à toute la moitié supérieure de la paroi externe du thorax.

Les douleurs, de type intermittent, sont supportables. Le malade ressent parfois des fourmillements dans la main correspondante : la sensibilité tactile de la face palmaire du pouce, de l'index et du médius est légèrement diminuée. On ne note pas d'autres signes d'altération ou de compression nerveuses. On trouve de l'engorgement ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire. Il y a eu de l'œdème passager à la main et à l'avant-bras. Etat général mauvais. Facies cachectique.

Le malade a quitté l'hôpital brusquement deux jours après son entrée.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Ostéomyélite prolongée du tibia gauche. Petit abcès situé au centre de l'épiphyse inférieure du tibia. — Evidement osseux. — Guérison, par le Dr Guillet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.

Mme X., âgée de 40 ans, m'est adressée par des amis le 4 octobre 1888.

Ses antécédents héréditaires sont bons ; son père est mort d'alcoolisme à l'âge de 60 ans ; sa mère, actuellement âgée de 69 ans, est d'une bonne santé. Elle a deux frères et une sœur, qui tous se portent bien ; elle n'a pas d'enfant.

La malade elle-même, pendant son enfance était vigoureuse, elle n'a eu ni écoulement d'oreilles, ni glandes au cou, ni maux d'yeux, rien en un mot qui puisse être rattaché à la strume. A l'âge de 12 ans, elle fut prise subitement, sans cause apparente, d'une douleur violente à la partie inférieure de la jambe gauche; cette jambe devint très enflée, très rouge et ces accidents locaux s'accompagnèrent d'un état général grave, de fièvre intense. La malade fut obligée de garder le repos absolu au lit pendant 3 mois; au bout de ce temps, il se forma deux petits abcès à la partie inférieure du tibia ; le pus, qui s'écoula, donna issue à plusieurs petits sequestres. L'ouverture de ces abcès mit fin aux douleurs, mais la jambe resta plus volumineuse que la droite. Malgré cela, la malade put reprendre ses occupations ; elle resta ainsi pendant 20 ans dans un état satisfaisant, ne ressentant aucune douleur. Mais 20 ans après le premier accident, c'est-à dire à l'âge de 32 ans, elle fut reprise de douleurs dans la jambe gauche ; cette dernière enfla, rougit et il se forma de nouveaux abcès au niveau du tibia. Cette deuxième crise nécessita un repos de 6 mois. Deux ans plus tard, il y a 6 ans par conséquent, notre cliente ressentit de nouvelles douleurs, qui, sans être aussi intenses que les premières, l'obligeaient de temps en temps à suspendre son travail. Enfin depuis 2 ans, ces douleurs ont pris une intensité exceptionnelle; elles sont insupportables, presque incessantes et rendent la marche très pénible. La nuit, la malade ne peut dormir. Ces douleurs sont exagérées par le froid ; elles n'augmentent pas sous l'influence de la marche et de la fatigue ; elles ont le caractère d'élancements très vifs, qui sont surtout localisés à la partie inférieure du tibia gauche. Malgré ses souffrances, cette femme se porte bien ; elle a conservé l'appétit et n'a pas de fièvre. Plusieurs médecins consultés pour cette affection ont pensé les uns au rhumatisme, les autres à la syphilis et ont prescrit le traitement ioduré sans résultat.

Je constate que la moitié inférieure de la jambe gauche est augmentée de volume ; elle présente 5 à 6 cicatrices, pigmentées, adhérentes à l'os, ces cicatrices occupent la partie inférieure de la face interne du tibia. Ni le pied, ni l'articulation tibio-tarsienne, ni le genou ne sont le siège de gonflement appréciable à la vue.

Le palper fait reconnaître un léger œdème dans le tiers inférieur de la jambe ; la pression détermine une douleur peu vive à cet endroit ; il n'y a pas de point spécialement douloureux. La surface du tibia est inégale et recouverte de petites saillies osseuses irrégulières ; l'os est très augmenté de volume dans sa moitié inférieure ; à ce niveau, son volume est certainement le double de celui du tibia droit.

Il n'existe rien d'appréciable à l'articulation titio-tarsienne, rien au genou, ni au péroné. Pas de ganglion dans l'aine.

En présence de l'histoire de la malade et des symptômes observés, nous portons le diagnostic d'ostéomyélite prolongée du tibia gauche et nous décidons de faire la trépanation.

L'opération est pratiquée le 11 octobre 1888 ; une incision verticale est faite sur la face interne du tibia dans l'étendue de 15 centimètres environ, le périoste épaissi est décollé facilement à la rugine. Au-dessous de lui se trouve une petite quantité de liquide jaunâtre, huileux. La surface de l'os est irrégulière et présente de nombreuses stalactites ; elle est marquée d'un piqueté rouge, très net. L'os est attaqué avec la gouge et le maillet ; il offre peu de résistance, le canal médullaire fait défaut ; il est comblé par du tissu osseux, peu consistant, ressemblant de tout point au tissu spongieux. Nulle part nous ne rencontrons de séquestres ; mais, en pénétrant profondément dans l'épaisseur de l'épiphyse inférieure du tibia, là où la malade accuse de la douleur à la pression, nous trouvons un petit abcès osseux, du volume d'une lentille. L'os est ainsi débarrassé de toute la substance spongieuse dont nous venons de parler, puis le périoste et la peau sont suturés. Pansement à l'iodoforme.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; pas de fièvre, pas de suppuration. Malheureusement la peau et le périoste, il

recouvraient la plaie osseuse se sphacélèrent sur une petite étendue, ce qui empêche la réunion immédiate. Malgré cela la réparation osseuse se fit, et 4 mois après l'opération, il ne restait plus sur la face interne du tibia qu'une petite rigole peu profonde recouverte par une couche épidermique mince.

A partir du jour de l'opération, les douleurs cessèrent complètement et actuellement cette femme peut marcher et vaquer à ses occupations sans ressentir la moindre souffrance.

Cette observation nous a paru intéressante, car elle est un type d'ostéomyélite prolongée, telle que l'ont décrite MM. Lannelongue et Comby ; notre malade, en effet, avait eu à l'âge de 12 ans une poussée manifeste d'ostéomyélite aiguë ; à la suite de l'ouverture de petits abcès, les accidents aigus s'étaient calmés et pendant 20 ans la malade put se croire complètement guérie. A ce moment reparurent des douleurs vives, siégeant au niveau du point primitivement atteint, sans fièvre ni rougeur de la peau. Ces douleurs ne tardèrent pas à prendre un caractère d'intensité telle, qu'elles rendaient tout repos impossible.

Je tiens à faire remarquer que ces douleurs n'étaient nullement calmées par le repos et que la malade souffrait tout autant, soit qu'elle fût couchée, soit qu'elle marchât. M. le professeur Trélat pense, en effet, qu'un des caractères qui permettent de différencier l'ostéomyélite chronique du sarcome des os est tiré de l'étude de la douleur ; pour M. Trélat et pour son élève M. Demoulin, qui, dans sa thèse sur l'ostéomyélite chronique d'emblée, a rapporté les idées de son maître, les douleurs de l'ostéomyélite seraient augmentées par les fatigues et diminueraient sous l'influence du repos, tandis que dans le sarcome des os la douleur serait persistante et nullement influencée par le repos. Or, chez notre malade atteinte d'ostéomyélite, la douleur ne présentait nullement les caractères que nous venons de signaler. Il est important, croyons-nous, d'attirer l'attention sur ce point ; car, si, dans les cas d'ostéomyélite prolongée, il ne peut y avoir de doute sur le diagnostic, quand on s'est enquis des antécédents, il n'en est plus de même dans l'ostéomyélite chronique d'emblée, décrite par Demoulin. Nous ne croyons donc pas qu'il faille attacher grande importance aux caractères de la douleur.

Quant aux lésions osseuses, que nous avons observées, elles répondent absolument à celles qui ont été décrites dans l'ostéomyélite chronique, épaississement du périoste, surface osseuse irrégulière, recouverte de stalactites, canal médullaire comblé par du tissu spongieux. La seule lésion, qui mérite mention, est le petit abcès, qui occupait la partie centrale de l'épiphyse inférieure du tibia ; cet abcès eut pu passer inaperçu si nous n'avions poursuivi nos recherches profondément de ce côté, qui du reste correspondait au siége des douleurs accusées par notre cliente.

Les suites de l'opération ont été, comme on l'a vu, aussi simples que possible ; malgré l'âge un peu avancé de la malade et l'étendue de la plaie osseuse, la réparation s'est faite d'une façon suffisante, sans rien compromettre de la solidité de l'os.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE ABDOMINALE

Suite (1).

IV. — Un cas de fistule de l'estomac, consécutive a une gastrotomie, par le Dr Fischer.

V. — Traitement des plaies par armes a feu de l'intestin et du mésentère, par M. Bramann.

VI. — Contribution a la chirurgie de la vésicule biliaire, par le Dr Crédé.

CHIRURGIE DU CERVEAU ET DU CRANE.

VII. — Diagnostic des lésions de la zone motrice corticale, par M. Horsley (de Londres).

VIII. — Trépanation dans un cas de tumeur cérébrale, par le Dr Fischer.

IX. — Sur des cas rares de trépanation, par le Dr Höffmann.

X. — Sur l'oblitération des pertes de substance du crane, par le Dr Gerstein. Communications faites au dix-huitième Congrès de la Société allemande de Chirurgie. *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1889, n° 35-39.

IV. — M. Fischer a présenté une femme de 41 ans, qui souffrait de l'estomac depuis une vingtaine d'années; depuis environ 8 ans, elle s'était aperçue du développement d'une petite tumeur dans le coté gauche, tumeur qui avait acquis le volume d'un œuf de pigeon, très mobile, lisse, rénitente. Les troubles stomacaux s'étaient exaspérés au point de rendre la malade impotente. Une opération fut décidée. Après incision de la paroi abdominale, on tomba sur un sac à parois assez rigides, qui se déchira sous l'effort d'une traction. On reconnut que ce sac n'était autre que l'estomac. Les lèvres de la déchirure ont été suturées, mais les sutures se sont détachées dans la suite, et il a été impossible jusqu'ici d'obtenir l'oblitération de la fistule qui s'est formée, et dont le diamètre est allé en augmentant.

D'après M. Von Esmarch, ce résultat ne peut être obtenu qu'au prix d'une résection étendue de l'estomac. Dans un cas de ce genre, M. Von Esmarch a pratiqué une incision circulaire autour de la fistule, puis il a disséqué l'estomac de façon à le rendre libre de toute adhérence et à pouvoir l'attirer hors de la cavité abdominale. Les bords de la fistule ont été réséqués et la plaie stomacale recousue avec 27 points de suture ; cicatrisation par première intention. Seulement, il a fallu recommencer l'opération deux fois, à des intervalles de deux et trois ans, la cicatrice ayant été corrodée par le suc gastrique.

M. Angerer a recours, dans les cas de tumeur présumée de l'estomac, à la distension gazeuse de cet organe, dans le but de faciliter le diagnostic. On fait absorber au malade une poudre effervescente, ou on lui injecte de l'air dans l'estomac fortement ballonné ; on se rend ainsi un compte exact de ses limites, du siége et des dimensions d'un néoplasme éventuel. Il s'agit ensuite de se renseigner sur le point de savoir si la tumeur est mobile ou si elle est adhérente aux organes du voisinage. S'il s'agit d'une tumeur du pylore, à moins d'adhérences, le pylore se laisse déplacer depuis la ligne para-sternale, à droite et en bas, jusqu'à la ligne mamillaire. Quand ce déplacement est impossible, c'est que le pylore est fixé en place par des adhérences, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre par des recherches et par des expériences faites sur le cadavre.

Lorsqu'une tumeur diminue considérablement de volume on

(1) Voir le numéro précédent.

disparait lors de la distension gazeuse de l'estomac, il est très vraisemblable qu'elle siège sur la partie postérieure de l'organe, et, en ce cas, elle est presque toujours fixée par des adhérences Or, d'après l'auteur, la résection du pylore ne doit être pratiquée que dans le cas de mobilité parfaite de cette portion de l'estomac. L'intervention opératoire est également contre-indiquée dans les cas de rigidité de la paroi stomacale, due à une infiltration de cette paroi.

Les résultats obtenus par l'auteur dans six cas de résection du pylore ne sont pas très encourageants : dans un de ces cas où il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel du pylore, chez une femme, la survie date de deux ans et la santé s'est rétablie. Deux autres opérés ont succombé au bout de trois semaines, l'un à une pneumonie fibrineuse. Un quatrième opéré est mort de péritonite et les deux autres dans le collapsus. Six cas de gastro-entérotomie ont donné des résultats tout aussi déplorables : tous les opérés sont morts au bout d'un délai maximum de six mois.

M. Lauenstein a pratiqué l'extirpation du pylore dans 20 cas de rétrécissement de cet organe, et il en est arrivé à cette conviction qu'il est presque toujours impossible de faire un diagnostic préalable permettant de prévoir ou non que l'opération se présente dans des conditions favorables. Il n'y a pas de signe différentiel pathognomonique, permettant de distinguer une tumeur bénigne, d'une tumeur maligne du pylore. L'étendue des déplacements qu'on peut imprimer au pylore n'est pas, non plus, une preuve certaine qu'il s'agit d'une tumeur opérable.

Relativement à l'opération, M. Lauenstein a signalé que le lavage préalable de l'estomac donne parfois des résultats remarquables : en général les urines sont rares dans ces cas de tumeur du pylore, et sous l'influence d'un lavage abondant de l'estomac, on voit quelquefois la quantité des urines s'élever à 1600 centimètres cubes dans les 24 heures; d'où l'on peut conclure que de grandes quantités de liquide ont pénétré dans le torrent sanguin. Il en résulte une élévation de la pression intra-vasculaire, qui met les opérés à l'abri du collapsus.

V. — M. Bramann a relaté l'observation d'un malade, qui venait de recevoir une heure auparavant, un coup de revolver dans le ventre, lorsqu'il fut amené à l'hôpital. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait sur la ligne mamillaire, immédiatement au dessous des côtes. Le projectile siégeait et siège encore dans le voisinage de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque. Le patient ne vomissait pas ; son pouls était de bonne qualité. Comme le projectile était de petit calibre, on résolut d'attendre avant d'intervenir. Au bout de trois heures, le malade devint blême; sa peau se couvrit d'une sueur froide; il se plaignit de bourdonnements d'oreilles et d'une grande anxiété précordiale. On pratiqua la laparotomie, et on put reconnaître ensuite que la balle avait traversé l'épiploon, entre le colon et l'estomac, qu'elle avait entamé des vaisseaux mésentériques (artères et veines) volumineux, et qu'elle avait poursuivi son trajet derrière le colon, en traversant une anse d'intestin grêle. Les orifices d'entrée et de sortie de la balle étaient oblitérés par la muqueuse intestinale, au point que des pressions exercées sur cette anse d'intestin, pour en faire sortir le contenu, ont échoué.

M. Bramann se contenta de débarrasser les intestins des caillots de sang, et sans laver la cavité abdominale, il ferma la plaie au moyen de points de suture. La cicatrisation était complète 16 jours plus tard, lorsqu'on leva le pansement.

VI.—M. Credé a rendu compte des opérations, au nombre de cinq, qu'il a pratiquées sur la vésicule biliaire. Une première fois, il a ouvert la vésicule en deux temps, pour extraire des calculs; l'opération a laissé à sa suite une fistule. Dans un second cas, l'opération faite en un seul temps a abouti à une guérison complète. Chez un autre malade, M. Credé a extirpé la vésicule biliaire qui était en état de dégénérescence. Une hémorrhagie s'est faite par la plaie, le sixième jour; à la suite d'une quinte de toux, entravant la cicatrisation par première intention. L'hémorrhagie a été arrêtée au moyen d'une application du cantère de Paquelin sur le foie; le malade a guéri. Guérison également dans un quatrième (extirpation de la vésicule) et dans un cinquième cas (cholécystotomie). Tous les malades souffraient depuis de longues années de coliques hépatiques, et tous ils étaient fortement amaigris. M. Credé a insisté sur les bons effets du drainage, qui préserve les malades contre les accidents consécutifs.

Conformément à ce qui a été observé chez les chiens, à la suite d'une cholécystectomie expérimentale, M. Credé a vu se développer chez ses deux opérés un appétit extraordinaire; mais tandis que l'un a augmenté de 12 livres, dans le même espace de temps l'autre n'a engraissé que de cinq livres. Il est très vraisemblable qu'à la suite de l'extirpation de la vésicule biliaire, l'écoulement de la bile dans l'intestin se fait d'une façon uniforme, et qu'une partie ne se trouve plus utilisée.

En somme, M. Credé est d'avis que dans les cas de lithiase biliaire où il n'y a plus rien à attendre du traitement médicamenteux, il est indiqué de recourir à la cholécystotomie, si la vésicule biliaire est saine, et à la cholecystectomie, si la vésicule est dégénérée.

VII. — M. Horsley (de Londres), a développé quelques considérations relatives au diagnostic des lésions de la zone motrice corticale. Il a oposé en fait que cette zone était chargée d'une triple fonction : 1° elle perçoit dans une faible mesure les sensations tactiles; 2° elle préside au sens musculaire, dans ses rapports avec l'exécution des mouvements actifs; 3° elle préside à l'exécution des mouvements volontaires. A chaque région du corps correspond une case déterminée de cette zone motrice, pourvue de ces trois fonctions.

En excitant différentes parties de cette zone motrice mise à nu, on peut délimiter le territoire qui préside aux mouvements actifs de telle ou telle partie du corps. d'un doigt, d'une articulation, etc. Inversement, la paralysie de tel ou tel membre permettra de conclure à l'existence d'une altération de tel ou tel territoire de la zone motrice. M. Horsley a décrit la méthode qu'il a imaginée pour établir les rapports de filiation entre certaines anesthésies, entre la perte du sens musculaire, entre certains troubles moteurs, et les altérations correspondantes de la zone motrice. Une lésion destructive de cette zone entraîne l'abolition de la perception des mouvements et un certain degré d'anesthésie. Quand la lésion est profonde, la perception tactile est abolie dans le segment périphérique correspondant. Si, au contraire, la lésion est incomplète, le trouble sensoriel périphérique se réduit à la perte de la fonction de localisation. En même temps, la sensibilité musculaire et la motilité volontaire sont profondément troublées. Dans le cas d'une lésion unilatérale de la zone motrice, on observe, de plus, une élévation locale de la température, du côté opposé à la lésion, avec augmentation, plus rarement diminution de la transpiration locale. C'est en utilisant ces données qu'on arrivera à faire le diagnostic des lésions de la zone motrice de l'écorce.

VIII. — M. Fischer a opéré un homme de 37 ans, qui depuis une année environ, présentait les symptômes d'une tumeur cérébrale : accidents épileptiformes, paralysie du bras droit,

troubles de la sensibilité, troubles de nature aphasique, œdème de la papille. Une application du trépan fut décidée et pratiquée le 4 juin. Le crâne une fois ouvert on ne découvrit nulle trace d'une tumeur; néanmoins les accidents présentés par cet homme se dissipèrent en grande partie, pour se reproduire au bout de quelques mois; en outre, le patient se plaignait maintenant d'avoir la narine droite bouchée. Sur sa demande, on fit une seconde trépanation. Cette fois on mit à jour une tumeur rougeâtre, située au niveau de la circonvolution centrale antérieure, et qui saignait au moindre attouchement. La tumeur fut enlevée avec le doigt. L'opération fut suivie d'une nouvelle phase de sédation de deux mois de durée. Puis, les maux de tête et la paralysie du bras droit se sont reproduits; une nouvelle tumeur faisait saillie à travers l'orifice de trépanation. Le patient a succombé dans le coma, le 4 mars dernier. La nouvelle tumeur avait eu son point de départ dans les méninges; il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies.

IX. — M. Hoffemann a trépané un syphilitique âgé de 32 ans, qui, depuis le mois d'août 1886, était sujet à la diplopie et à de violents accès de vertige; un peu plus tard est survenu de l'engourdissement du côté droit, puis une paralysie disséminée des muscles de l œil et une paralysie faciale droite. Dans l'idée que ces accidents étaient en rapport avec une suppuration de l'oreille, M. Hoffemann trépana l'apophyse mastoïde, mais il ne trouva rien de pathologique de ce côté; cependant, après l'opération, le patient était débarassé de ses maux de tête; les autres manifestations se sont dissipées au bout de quelques mois, et le sujet est resté bien portant jusqu'au mois d'août 1887. A cette époque, à la suite d'une promenade à cheval, il a eu une attaque d'apoplexie, et il est resté sans connaissance quatre jours durant. Au sortir de l'attaque, il se plaignait de maux de tête, d'une sensation d'engourdissements aux pieds, de douleurs à la nuque; il titubait en marchant. Nouvelle trépanation suivie d'une légère incision dans l'un des sinus. Depuis lors, le sujet est de nouveau bien portant.

L'auteur a communiqué une autre observation du même genre, où la simple trépanation a été suivie de la disparation de symptômes qui étaient ceux d'une lésion diffuse du cerveau.

X. — M. Gerstein a donné des soins à un sujet qui avait subi un traumatisme grave du crâne avec enfoncement de l'os. Pour rémédier à la lésion, il fut obligé d'enlever un fragment assez volumineux de la boîte cranienne. Après l'opération, il désinfecta le fragment d'os et le remit en place après lui avoir donné un contour approprié. Il y a quelques mois, le sujet est mort d'une pneumonie, et M. Gerstein a coustaté que le fragment d'os s'était soudé avec la boîte cranienne, là où il se trouvait en contact avec elle.

M. Küster (de Berlin) a présenté une préparation anatomique, qui confirme ce que M. Gerstein a dit de la possibilité de réimplanter des fragments d'os de la paroi cranienne.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hémato-salpingite, par L. Güemes. (Th. Paris.)

Le fait capital dans l'hémato-salpingite, c'est l'accumulation du sang dans la cavité de la trompe et sa distension, c'est l'enkystement de l'oviducte. L'hémorrhagie est due le plus souvent à la salpingite elle-même dont la caractéristique est de saigner comme saigne la métrite interne. Quant au reflux du sang cataménial, il ne faut pas y songer en raison des petites dimensions de l'orifice utérin. L'affection parfois primitive est habituellement secondaire et résulte de la propagation d'un travail inflammatoire des parties voisines favorisant en outre la rétention par oblitération des extrémités tubaires ou du moins ovariennes. Elle se montre chez la femme en dehors ou à l'époque des règles. Une douleur apparaît au bas-ventre, plus aiguë à chaque menstrue, se prolongeant de plus en plus pendant l'intervalle, au point de devenir continuelle. La trompe se distend, et peut, après avoir acquis des dimensions relativement considérables donner lieu à des phénomènes de compression dans les organes voisins. La stérilité est une conséquence assez fréquente de l'hémato-salpingite et surtout de l'hémato-salpingite double. La rupture de la trompe est une grave complication à redouter. Il peut en résulter une hématocèle ou une hémorrhagie assez rapidement mortelle. Le diagnostic des maladies de l'oviducte est d'une extrême difficulté. On doit les différencier des rétentions menstruelles, des métrites, des déviations utérines, des corps fibreux de la matrice, des ovarites, des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire et en général de toutes les affections que sont susceptibles de présenter les organes génitaux de la femme. Le pronostic de l'hémato salpingite moins grave que celui de la pyo-salpingite est plus sérieux que celui de l'hydropisie des trompes. On a essayé d'amener l'évacuation du sang par la presssion bi-manuelle, par le cathétérisme des trompes, par leur ponction. Ce dernier moyen malgré quelques succès a été trouvé infidèle et à l'heure actuelle on lui préfère la laparo-salpingectomie.

Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'enfant et chez l'adulte (de leur mécanisme en particulier), par H. Sutherland. (Thèse de Paris).

Les fractures du sternum peuvent être de cause directe ou indirecte. Elles résultent dans le premier cas de coups, d'enfoncement et portent sur n'importe quelle partie de l'os, dans le second elles sont ordinairement causées par des chutes d'une grande hauteur déterminant une flexion du corps en avant ou en arrière et la solution de continuité n'intéresse jamais l'appendice xiphoïde. Longitudinales ou plus fréquemment transversales ou obliques, complètes ou incomplètes, simples et très rarement multiples, les fractures du sternum s'accompagnent généralement d'autres lésions osseuses et parfois même de déchirures des plèvres, du poumon et du cœur. Nous n'essaierons pas de citer les diverses théories plus ou moins bien étayées au moyen desquelles on a voulu expliquer le mécanisme des fractures de l'os sternal; d'un diagnostic souvent difficile, elles ne se reconnaissent le plus généralement qu'à l'autopsie.

Ch. Amat.

BULLETIN

Trentième assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France.

(*Suite et fin*) (1).

La séance de lundi, consacrée principalement à la lecture et à la discussion des rapports sur les vœux exprimés par les Sociétés locales, a été des mieux remplies.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière Assemblée générale, l'approbation des comptes du trésorier, le vote des pensions viagères proposées dans le rapport de M. Passant et

(1) Voir le numéro précédent.

l'échange de quelques observations relatives au tableau contenant les motifs qui ont déterminé le Conseil général à accorder ces pensions, M. Riant, en l'absence du rapporteur M. Max. Durand-Fardel, a donné lecture d'un rapport sur le vœu de la Société de l'Orne relatif à la réglementation des vœux des Sociétés locales. Les conclusions de ce rapport reproduisent les propositions de la Société de l'Orne sauf en un point ayant trait à la totalisation des votes individuels que le Conseil général n'a pas cru devoir adopter. Après une discussion assez vive et l'examen de trois amendements présentés par M. Marais, au nom de la Société du Calvados, et dont le second est accepté, les conclusions suivantes du rapport ainsi modifiées ont été votées :

Article 1er. Les vœux émanant des sociétés locales devront être adressés, le 1er février de chaque année au plus tard, au Conseil général, auquel seront confiées l'étude et l'instruction générale de ces vœux.

Un rapport sera présenté à l'Assemblée générale suivante, au nom du Conseil, par une Commission déléguée par lui. Ce rapport conclura sous la formule suivante :

« Il y a lieu de prendre le vœu en considération, ou il n'y a pas lieu de le prendre en considération. »

Art. 2. Si le vœu est pris en considération, il sera renvoyé à l'examen des Sociétés locales par les soins du bureau, ainsi qu'il a été pratiqué jusqu'ici, et les votes des Sociétés locales devront être renvoyés au Conseil avant le 1er février de l'année courante. Celui-ci chargera une Commission de présenter, à la prochaine Assemblée générale, une analyse des opinions exprimées par les Sociétés, et d'en dégager la solution.

Toutefois, pour les mesures d'ordre qui demandent une solution prompte, non différable, l'Assemblée générale pourra voter immédiatement après la lecture du rapport, à condition que l'indication de ces mesures ait été mise à l'ordre du jour sur la lettre de convocation.

Art. 3. Toute question soumise au vote général ne pourra devenir l'objet d'un vœu nouveau de la part d'aucune société avant un espace de trois années.

M. Bucquoy lit ensuite un rapport sur les vœux de la Société du Rhône et de la Société de la Marne relatifs à la mise au concours de toutes les places d'hôpital, vœux dont M. Diday et M. Langlet ont été l'an dernier les éloquents interprètes.

Sur la question de principe, tout le monde est certainement d'accord avec M. Bucquoy, quand il dit :

« 1° Qu'un des principaux avantages du concours est d'exciter l'émulation et d'élever le niveau des connaissances médicales parmi ceux qui aspirent à diriger un service hospitalier, car la nécessité d'affronter les épreuves d'un concours, oblige à entretenir et à augmenter, par un travail soutenu, la somme des connaissances théoriques, et le service n'est possible qu'à la condition de se tenir au courant des progrès incessants de la science.

« 2° Que le concours est aussi le moyen le plus sûr d'assurer l'indépendance du médecin ; car s'il ne doit sa nomination qu'à la supériorité dont il aura fait preuve devant un jury compétent et composé de ses pairs, il est à coup sûr beaucoup plus à l'abri des influences extra-médicales qui l'exposent parfois à une révocation brutale et immédiate.

« 3° Que c'est, enfin, le mode de nomination le plus favorable à l'intérêt des malades, considération qui doit évidemment primer toutes les autres, puisqu'il place à la tête du service hospitalier, le médecin qui aura offert le plus de garanties d'intelligence, de savoir et de pratique ».

Si maintenant on passe de la question de principe à son application, on se heurte à des difficultés, ou même à des impossibilités dans les petites localités où le personnel médical est peu nombreux et se renouvelle rarement. Mais quelle est la ligne de démarcation entre ces localités et celles dans lesquelles le concours est applicable? Le chiffre de dix mille habitants avait paru l'établir et était en quelque sorte consacré par la seconde conclusion du rapport de M. Bucquoy. Il en résultait que les localités d'une population inférieure à dix mille habitants étaient ainsi abandonnées complètement à la tyrannie des administrations hospitalières auxquelles la loi du 7 août 1871 donne la nomination des médecins d'hôpital. Il a paru inopportun que l'Association donnât comme l'ombre d'une sanction au maintien de cette législation, et la seconde conclusion du rapport, de l'assentiment empressé d'ailleurs du rapporteur a été supprimée. Les conclusions suivantes ont été adoptées :

1° La mise au concours de toutes les places de médecin et de chirurgien dans les hôpitaux est le mode de recrutement le plus juste et le plus favorable à l'intérêt des malades ; il y a donc lieu d'en demander l'application toutes les fois qu'il sera possible.

2° Les droits conférés par la loi aux commissions hospitalières s'opposent à l'adoption du vœu de la Société de la Marne. Toutefois, l'Association générale croit que les Sociétés locales peuvent et doivent user de leur influence auprès de ces commissions pour qu'il soit tenu compte, quel que soit le mode de nomination, des droits acquis par les médecins adjoints.

La discussion des rapports précédents a pris un temps considérable et n'a pas permis à M. Motet de lire le sien sur les vœux des Sociétés locales de Laon, Vervins, Château-Thierry et de Châtillon-sur-Seine, concernant l'assistance médicale dans les campagnes. A vrai dire, la question perdait, non de son intérêt, mais de son actualité, après l'étude dont elle a été récemment l'objet de la part du Conseil supérieur de l'assistance publique. M. Motet n'a eu, en définitive, qu'à reproduire les conclusions du savant rapport de M. le Dr Dreyfus-Brisac. On sait que ces conclusions ont été légèrement modifiées à la suite de la discussion du rapport dans la dernière session du Conseil supérieur de l'assistance publique : nous reviendrons prochainement sur ce sujet.

M. Riant donne lecture des vœux suivants soumis à la prise en considération par différentes Sociétés locales :

Société de l'Aveyron : 1° Vœu tendant à obtenir le plus tôt possible une réforme de la loi de 1811 concernant les honoraires à attribuer aux médecins pour les opérations médico-légales (pris en considération).

2° Vœu tendant à obtenir que les médecins ne soient pas astreints au paiement de la taxe entière des impositions sur les chevaux et les voitures servant à l'exercice de leur profession (rejeté).

Société de la Haute-Savoie : Même vœu que le premier de la Société de l'Aveyron, mais indiquant en outre le mode et le taux de la rétribution pour les expertises médico-légales (cette seconde partie du vœu est rejetée).

Société de la Haute-Vienne : Vœu relatif à la création d'un enseignement de la déontologie dans les Écoles de médecine (rejeté).

Société de la Gironde : 1° Envoi à tous les présidents et délégués, quinze jours au moins avant l'Assemblée générale de Paris, du rapport du trésorier, du rapport sur les pensions viagères et de tous les rapports relatifs aux vœux des Sociétés locales (rejeté).

2° Suppression de l'exposé des motifs pour lesquels sont accordées les pensions viagères d'assistance, dans la feuille dis-

tribnée aux présidents et délégués (question jugée dans un sens contraire par l'Assemblée au début de la séance).

3e Séance du lundi ouverte à deux heures et consacrée entièrement à la discussion du vœu et des questions diverses étudiées par les Sociétés locales (mesure adoptée).

Société de la Gironde et de l'Oise : Vœu tendant à ce qu'on fasse le plus tôt possible une étude approfondie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Association une indemnité en cas de maladie (pris en considération).

A ces vœux, nous devons joindre le suivant, émané de la Société locale des Alpes-maritimes, et dont le délégué de cette Société, M. Jeannel, a simplement ajourné la proposition :

« A l'avenir, les pensions viagères seront attribuées :

« 1° Aux médecins infirmes ou malades présentés par les Sociétés locales, selon l'art. 2 du règlement de la *Caisse des pensions viagères d'assistance* en date du 21 avril 1873;

« 2° Aux médecins les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans. »

« Le second paragraphe de ce vœu, ajoute M. Jeannel, introduit dans une certaine mesure le droit acquis par l'âge pour l'allocation des pensions viagères, qui prendraient alors le caractère de véritables *pensions de retraite.* »

Malgré l'ajournement de la présentation de ce vœu, il est bon de songer dès à présent à l'importante question qu'il soulève et dont M. Jeannel, cela va sans dire, se réserve d'indiquer la solution pratique.

L'expression de tous ces vœux met à jour, en définitive, non seulement les besoins et les aspirations du corps médical, mais encore la vitalité et l'activité des Sociétés locales, c'est-à-dire de l'Association. En appuyant la prise en considération et en soumettant à une étude approfondie toutes celles de ces propositions qui sont réellement d'un intérêt majeur et d'une solution possible, le Conseil général témoigne des sentiments d'impartialité et de l'esprit libéral qui l'animent. Ainsi se trouve garantie l'union entre tous les membres de l'Association, union indispensable aux progrès de l'œuvre. Et, à cette occasion, on nous permettra de féliciter les promoteurs du Congrès médical professionnel qui devait se tenir à Paris dans le courant de l'été, d'avoir renoncé à leur projet. Certes, nous savons pertinemment que ce Congrès n'avait rien d'hostile à l'association, mais il avait pour but d'exercer une pression sur ceux qui la dirigent. Eh bien, cette pression, après la prise en considération du vœu relatif à l'indemnité de maladie, a été reconnue inutile et, donnant l'exemple de l'union et de la discipline, la Commission organisatrice du Congrès professionnel a suspendu ses travaux. En cimentant ainsi l'accord entre les membres de l'Association, la dernière Assemblée générale n'aura pas été des moins fécondes.

Dans le cours de la séance, on a procédé à l'élection des membres de la Commission des pensions et au renouvellement partiel du Conseil général.

Ont été nommés membres de la Commission des pensions MM. Passant, Richelot, Thomas, Worms, Motet, Bucquoy.

Ont été réélus membres du Conseil général MM. Lannelongue, Passant, Hérard, de Ranse, Dufay ; M. Lereboullet a été élu en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, démissionnaire.

Le soir, un grand nombre de délégués des Sociétés locales et de médecins de Paris se sont retrouvés dans les salons du Président. Les réceptions cordiales de M. et Mme Henri Roger terminent heureusement ces réunions annuelles et contribuent puissamment à en graver dans le cœur le meilleur souvenir.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFOR…

Hygiène publique. — La Chambre des dépu… ter la déclaration d'urgence en faveur d'une pro… M. Dellisse portant modification du paragraphe 2 de la l… 5 avril 1887 sur l'inspection sanitaire des viandes fraîche… abattues avant leur entrée en France.

La proposition de M. Dellisse a pour but principal de rendre obligatoire l'inspection sanitaire des viandes d'origine étrangère à la frontière même du pays et de supprimer la tolérance en vertu de laquelle les viandes fraîches arrivant de l'étranger n'étaient inspectées que dans les bureaux de douanes de certaines villes de l'intérieur de la France et notamment dans les gares du Nord, de l'Est et de Saint-Lazare, à Paris, circonstance qui favorisait le transit en France de viandes impropres à la consommation, malsaines et peut-être même dangereuses.

— L'Association pour l'enseignement de l'anthropologie. — Le Sénat, dans sa séance du 17 mai, a adopté, après la Chambre et à la suite d'un rapport de M. Cornil, un projet de loi reconnaissant d'utilité publique l'*Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques.*

Une des conséquences juridiques de cette loi, c'est que l'École d'anthropologie, qui donne son enseignement à l'École pratique, dans les bâtiments de la Faculté, devra prendre un autre local qui lui appartiendra en propre et n'aura plus de contact journalier avec la Faculté de médecine.

« Il est impossible, dit le rapport de M. Cornil, de concevoir deux écoles indépendantes l'une de l'autre dans les mêmes bâtiments. Le rapport de M. Parrot, qui a permis l'installation de l'Association dans les bâtiments de la Faculté, stipule en effet que cette dernière n'a concédé la jouissance du local où l'Ecole d'anthropologie fait ses cours qu'à la condition qu'elle ne deviendrait pas une école d'enseignement supérieur libre, car elle pourrait dès lors s'écarter des règles de discipline générale de la Faculté et ne pas se soumettre à l'autorité supérieure du doyen et du ministre. Ceux-ci n'auraient aucune autorité vis-à-vis d'elle.

« Cependant, comme en ce moment l'Ecole d'anthropologie ne pourrait faire les frais d'une installation nouvelle, il a été convenu que les cours continueront à être professés comme par le passé à l'Ecole pratique jusqu'en novembre 1890 ; de son côté, pendant cette période transitoire, le Conseil de l'Association s'engage à reconnaître et à respecter l'autorité de M. le Doyen, ainsi que les droits de la Faculté sur la destination de ses bâtiments.

« Nous avons la conviction que, d'ici-là, l'Association pourra trouver, soit par des donations particulières, soit par le concours de la ville de Paris, un local où elle puisse s'installer et une augmentation de ses revenus. »

— M. le professeur Brouardel reprendra le cours de médecine légale, le lundi 27 mai, à quatre heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Pierre-Edouard Tribes, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, décédé à l'âge de 72 ans. Il laisse un digne successeur dans la personne de son fils, M. le Dr Marius Tribes, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Hôpitaux de Paris. — Le concours du Bureau central (médecine)

l'échange de quelques observations r...
nant les motifs qui ont déterminé ...
der ces pensions, M. Riant, en l...
Durand-Fardel, a donné lec...
Société de l'Orne relatif à ...
Sociétés locales. Les ...
les propositions ...
trait à la ...
néral ...
v...

... nomination de MM. Dreyfous, André

***

...té *de médecine de Paris.* — *Concours du prosectorat.* — Ce concours ouvrira le lundi 3 juin 1889, à midi et demi. Les membres du jury sont : *Juges titulaires* : MM. Verneuil, Trélat, Le Fort, Duplay et Poirier. Les juges suppléants sont : MM. Reynier et Schwartz

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Le concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements s'est terminé hier mardi par les nominations suivantes :

1° *Chirurgie.* — Paris : MM. Nélaton, Tuffier, Ricard. — Montpellier : M. Estor. — Bordeaux : M. Villar. — Lille : M. Phocas. — Lyon : M. Gangolphe.

2° *Accouchements.* — Paris : M. Bar. — Bordeaux : M. Rivière, — Lille : M. Bureau.

Conférences d'hygiène. — Des conférences pratiques d'hygiène seront faites, pendant les vacances, au laboratoire et au musée d'hygiène de la Faculté de médecine, par MM. les docteurs Netter et A.-J. Martin, sous la direction de M. le professeur Proust.

Ces conférences se feront par séries de quinzaine. Elles commenceront le 12 août 1889.

Se faire inscrire au laboratoire d'hygiène.

***

— Anatomie chirurgicale de l'appareil génito-urinaire. Opérations qui se pratiquent sur cet appareil. Le Dr Duchastel fait ce cours les lundis et mercredis, à quatre heures, à l'amphithéâtre, n° 2, de l'École pratique.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le M'Zob et les M'Zobites, par le Dr Charles Amat, médecin major, ouvrage accompagné de quatre cartes et de deux tableaux, Paris, Challamel et Cie, éditeurs, 1888.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 MAI 1889.

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 42. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses, 47. — Autres, 3. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 2. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 31. — Broncho-pneumonie, 23. — Pneumonie, 43. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 12 — Biberon, 36. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonites puerpérales 4 — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 21. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 11. — Total : 921.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Imp. A. PARENT, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GÉNÉRALE

Des manifestations infectieuses extrapulmonaires de la pneumonie. Contagiosité de la pneumonie,

Par le Dr Henry Barbier.

Les progrès incessants des recherches bactériologiques bouleversent à chaque découverte nouvelle les idées que l'on se faisait jusqu'alors sur certaines maladies. La pneumonie est du nombre, cette maladie qui semblait et que l'on regardait comme le type des maladies inflammatoires franches! La pneumonie, disait l'ancienne définition, est une inflammation du parenchyme pulmonaire, du tissu propre du poumon. C'est la définition de Grisolle (1). Mais aujourd'hui cette définition est incomplète; elle pèche par défaut. L'idée d'infection doit y figurer dès à présent au même titre que dans celle des autres maladies infectieuses. La pneumonie doit être considérée aujourd'hui comme une localisation sur le poumon d'un organisme spécial, le pneumocoque. Et par un léger abus de mots, on appellera « pneumoniques » des localisations extrapulmonaires de cet agent infectieux, en l'absence même de l'inflammation du poumon.

Cependant il est bon d'ajouter que c'était surtout l'école de Paris qui professait la doctrine de la pneumonie, maladie locale et inflammatoire du poumon. Déjà, au siècle dernier, l'expression de *fièvre pneumonique* ou *peripneumonique* lui avait été appliquée par certains médecins au nombre desquels il importe de citer *Huxham* et *F. Hoffmann*. D'autre part les médecins de Montpellier, ceux de l'école de Strasbourg, et plus récemment les médecins allemands lui attribuaient les propriétés d'une maladie générale et la considéraient comme telle. M. Lépine dans son savant article Pneumonie du Dictionnaire de médecine Pratique résume les principaux arguments mis en avant par Juergensen contre la doctrine organicienne, un peu étroite il est vrai, de la pneumonie.

Depuis quelques années d'ailleurs les observations se multipliaient de pneumonies qui affectaient pendant la vie l'allure de maladies générales, à caractères graves, d'aspect typhoïde (Pneumonie typhoïde). Les publications de M. G. Sée et de ses élèves en font foi.

Peu à peu la pneumonie sortait des cadres des maladies simples, locales; elle prenait place parmi les maladies générales. Sa lésion pulmonaire perdait de l'importance à mesure que l'on découvrait de nouveaux aspects infectieux ou de nouvelles manifestations contagieuses ou épidémiques propres à la *fièvre* pneumonique.

La découverte de l'agent infectieux vint évidemment achever de porter le dernier coup à la doctrine de la pneumonie telle que l'avait conçue et formulée Grisolle.

(1) Traité de la pneumonie, 1864.

FEUILLETON

Documents pour servir a l'histoire de la médecine.

I. *Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges*, par le Dr P. Dignat. In-18, X, 347. Paris, Henri Laurens, éditeur. — II. *La femme médecin au XIXe siècle*, par Caroline Schultze (Thèse de Paris), in-4, 75 p. Paris, 1888, librairie Ollier Henry. — *Sydenham; sa vie, ses œuvres*, 1624-1689. Étude historique, par Frédéric Picard (Th. de doctorat). In-8, XIV, 132 p. Paris, Lecrosnier et Babé, Londres, Williams et Norgate, 1889.

L'ouvrage de M. le Dr Dignat, est, il l'écrit dans sa préface, « un « ouvrage de vulgarisation spécialement dédié aux personnes « étrangères aux questions médicales. »

Après quelques lignes sur l'origine de la médecine aux premiers temps de l'humanité, M. Dignat s'occupe de la médecine chez quelques peuples anciens. L'article est court; l'auteur ne nous dit rien des Chinois par exemple, et il aurait pu ajouter quelque peu aux lignes consacrées aux Gaulois. Les parties consacrées à la médecine sacerdotale, chez les Grecs, aux temples d'Esculape, sont assez développées. Il faut en dire autant de l'article sur la médecine scientifique grecque, et des pages qui ont Hippocrate pour sujet. La médecine et les médecins à Rome et sous la domination romaine méritent de nous arrêter quelques instants; nous voudrions le compléter.

On a cru longtemps, et même jusqu'à ces dernières années, que la médecine avait été importée à Rome et dans le Latium par les peuples de la Grande-Grèce, et cette opinion généralement adoptée par tous les historiens, était basée sur les considérations suivantes : A l'époque de la fondation de Rome, la Grèce jouissait déjà d'une civilisation avancée et a fourni bientôt au peuple romain, un certain nombre de médecins grecs. Tout cela est exact; cependant il convient de rappeler que pendant longtemps Rome n'a pas eu de rapports avec la Grèce, mais plutôt avec l'Étrurie, qu'elle doit aux Étrusques, la connaissance de l'art divinatoire, les aruspices, et ainsi que notre regretté collègue Briau l'a fait remarquer avec sa compétence incontestée, un grand nombre de termes de médecine furent et sont encore latins. Le nom de

Je me propose dans cette courte revue des idées actuelles sur la fièvre pneumonique, d'étudier :

1° L'agent pathogène de la pneumonie.

2° La contagiosité de la pneumonie.

3° Les manifestations extrapulmonaires de la maladie et en particulier celles qui se font sur les sérenses du cœur et sur les méninges.

I

PARASITE DE LA PNEUMONIE. — (*Monadines de Klebs* 1876. — *Parasite d'Eberth* 1882. — *Microbe de Friedlander* 1882-1883, *de Talamon* 1883. — *Pneumocoque de Frankel* 1884).

Comme on peut le voir d'après le titre de ce chapitre, on a décrit un certain nombre de microbes de la pneumonie différant non seulement par leurs caractères morphologiques, mais par leurs réactions pathogènes sur les différents animaux. Cependant, on peut dire dès maintenant que le pneumocoque de Frankel, semble être le seul organisme pathogène de la pneumonie, et que tons ceux qui ont été rencontres dans l'exsudat pneumonique et décrits comme spécifiques par les différents auteurs, n'apparaissent dans cet exsudat que comme agents d'infections secondaires, et que le vrai parasite de la pneumonie est le diplocoque encapsulé décrit par Frankel au congrès de Wiesbaden en 1884.

En 1876, *Klebs* avait rencontré dans l'exsudat bronchique et le liquide céphalorachidien des organismes mobiles, arrondis, et qu'il avait appelés *monadines* : ces monadines étaient dans sa pensée les agents pathogènes de la pneumonie.

En 1882, Eberth semble avoir entrevu le pneumocoque tel que nous le connaissons aujourd'hui : il décrivit un organisme ovoïde, généralement disposé en diplocoque. Il l'avait rencontré dans l'exsudat pneumonique et dans la pie-mère chez un malade mort de méningite dans le cours d'une pneumonie.

Mais jusqu'ici rien de précis, pas d'observations bien concluantes, pas de cultures ni d'inoculation aux animaux. Ce n'est qu'en 1882 que *Friedlander* (1) apporte les premiers documents, il a isolé un microbe, il l'a cultivé, il l'a inoculé aux animaux, et il a déterminé chez certaines espèces des pneumonies bien nettes. Mais ici l'histoire de la pneumonie se bifurque, tandis que *Friedlander* décrivait son parasite, qu'un certain nombre de médecins l'admettaient avec lui comme spécifique, de son côté *M. Talamon* (1) communiquait à la société anatomique, le résultat de ses recherches qui, il faut le dire, ne concordaient pas absolument avec celles de Friedlander. L'année suivante en 1884 au congrès de Wiesbaden, *Frankel* (2) apportait un autre parasite que celui de *Friedlander*, mais se rapprochant beaucoup de celui décrit par M. Talamon, de sorte qu'on était arrivé à ce point pour la pneumonie ; d'admettre deux parasites : le parasite de Friedlander et le pneumocoque de Frankel.

(1) Soc. de méd. Berlin, 1872, et Semaine médicale, 1882.

Voyons quels sont les caractères de ces microorganismes.

1° *Caractères.* — Le microbe de Friedlander est ovoïde, disposé en diplocoques, entonré dans le sang et dans les viscères d'une capsule qui se colore facilement. Dans les cultures il se montre soit en grains ovoïdes, soit sous l'apparence bacillaire, en bâtonnets gros et courts (*diplobacillus pneumonicus de Weichselbaum*).

2° *Cultures.* — Il se développe *à la température ordinaire* sur la gélatine en forme de clou, avec une extrémité supérieure convexe et blanche ; et dans les mêmes conditions sur la pomme de terre sous forme de colonies hémisphériques grises, dégageant des gaz.

3° *Inoculations.* — Il est pathogène *pour la souris, pour le cobaye.* Inoculé sous la peau, il donne lieu à une infection générale, et on le trouve sous forme de diplocoque encapsulé dans le sang et dans les viscères.

Inoculé dans la plèvre il donne chez ces animaux, des pneumonies, des pleurésies, des péricardites.

Mais le lapin est absolument réfractaire.

La communication de Friedlander était à peine faite à la Société clinique de Berlin que *M. Talamon* (3) communiquait à la Société anatomique le résultat de ses recherches sur 24 cas de pneumonies observées à l'Hôtel-Dieu en 1882-83 dans le service de M. le professeur G. Sée.

(1) Talamon. Soc. anatomique, 1883.

(2) Congrès de Wiesbaden, 1884. Bacteriologische Untersuchungen. Zeitsh f. clinische medicin, 1886.

(3) Bulletin de la Société anatomique, 1883.

médecin, toujours *medicus* à Rome, eût été *iater ou iatros*, si les premiers médecins romains eussent été des Grecs.

Le chapitre II est consacré au moyen-âge. La médecine dans l'empire d'Orient, la médecine arabe, la médecine dans l'Occident, l'Ecole de Salerne, sont suffisamment expliquées, et l'histoire de notre faculté de Paris résumée en quelques pages se lit toujours avec intérêt. M. Dignat a puisé aux bonnes sources, il connaît les précieux commentaires et il a eu raison d'emprunter à l'excellent livre de notre savant collègue, M. Corlieu, qui nous donnera bien quelque jours, une deuxième édition de son *Histoire de la Faculté de Paris.*

La période moderne, c'est-à-dire, de la Renaissance au XVIIIe siècle, forme le chapitre IV de l'ouvrage que nous analysons. Nous y rencontrons Servet et l'histoire de la circulation du sang, un peu écourtée peut-être, Paracelse, les démêlés des chirurgiens et des médecins, Ambroise Paré, Harvey, Hoffmann, Boerhaave, etc, puis le magnétisme et l'homœopathie, Bichat, Laennec et Broussais. Le livre se termine par la reproduction d'un certain nombre de documents originaux, requêtes et ordonnances, connues sans doute des historiens médicaux, mais ignorées encore de la généralité des médecins. Ceux-ci, de même, que les personnes étrangères aux questions médicales » pour répéter les paroles de M. Dignat, trouveront un plaisir réel, à parcourir son ouvrage, qui est bien agencé et d'une lecture facile.

II. La thèse que nous avons sous les yeux, a dû faire tressaillir dans sa tombe notre spirituel, mais peu commode confrère Gui Patin. Il me souvient du passage suivant d'une de ses lettres, écrites à l'occasion d'une parente qui ne voulait point suivre ses prescriptions.

« *C'est un sot animal qu'une femme qui se mesle de notre mestier* et il ajoute : « *Cela n'appartient qu'à ceux qui ont un haut-dechausse et la teste bien faite* ». Après cette mercuriale, l'on peut conclure que Gai Patin n'eut pas été de son plein gré, l'un des juges de Mme Schultze.

L'aperçu historique qui doit surtout nous intéresser ici, ne comporte que trois pages ; c'est trop peu, mais l'auteur n'avait en vue que la femme médecin de nos jours, et c'est bien l'état de la question en France et dans les divers pays de l'Europe, de l'Asie et de l'Amérique, dont elle a entendu faire le sujet de sa thèse. C'est un document fort intéressant, qui nécessiterait peu d'efforts pour

M. Talamon avait isolé, cultivé et inoculé un microbe dont je résume les principaux caractères :

C'est un coccus en forme de grain d'orge,
Le plus souvent sous forme de diplocoque.

Il ne l'avait pas retrouvé dans les crachats, mais dans 8 cas d'examen d'exsudats pneumoniques, il avait pu constater sa présence, et dans deux cas dans le sang. Inoculé à des lapins, dans le poumon, ce coccus donnait aux animaux des pneumonies, et même des pleurésies et des péricardites : l'inoculation sous cutanée ne lui avait rien donné.

Mais, phénomène important, les inoculations *faites au lapin, lui avaient presque constamment réussi*, les cobayes par contre étaient réfractaires.

Voyons maintenant les caractères morphologiques et les propriétés physiologiques et pathogènes du microbe de Frankel.

C'est un microbe généralement entouré d'une capsule ovoïde en forme de grain d'orge : une de ses extrémités est lancéolée. La même capsule renferme deux pneumocoques dont les pôles adossés sont arrondis et les extrémités libres acuminées.

2° *Cultures*. — Il ne se développe qu'à la température de 23° et au-dessus dans un milieu légèrement alcalin.

Les cultures, arrondies, transparentes, grisâtres, font une faible saillie sur le milieu où elles se développent.

3° *Inoculations*. — Injecté dans le poumon des cobayes, des *lapins*, des souris, il donne des pneumonies avec pleurésie et péricardite. Injecté dans le tissu cellulaire des souris et des lapins, il donne lieu à une infection générale avec tuméfactions ganglionnaires, œdème du tissu cellulaire, tuméfaction de la rate ; et on retrouve des pneumocoques dans le sang.

Il devient plus virulent par passages successifs de lapins à lapins, et diminue de virulence par passage rapide dans des cultures successives.

Ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce qui précède, les microbes décrit par Friedlander et par Frænkel diffèrent non-seulement par leurs caractères extérieurs et par leurs conditions de culture, mais encore par leur caractère pathogène.

Le microbe de Friedlander est sans action sur le lapin tandis que celui de Frænkel est pathogène pour cet animal. La dualité de la pneumonie était donc un fait presque accepté, et l'on admettait deux agents pathogènes dont l'un était sans action sur le lapin, et dont l'autre donnait la maladie à ce dernier animal.

Weichselbaum (1) vint encore renchérir et décrivit quatre parasites différents.

Sur 129 cas examinés par lui, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans 94 cas il a rencontré un diplocoque formé de deux organismes ovales, lancéolés, quelquefois ronds, entourés d'une capsule que la fuchsine colore en rose pâle, tandis que le coccus est d'un rouge vif-même après l'action de l'alcool, on qu'on peut mettre en évidence par la double coloration au violet de méthyle et à l'éosine. Les cocci se disposent quelquefois en chaînette ou sont isolés dans leur capsule, celle-ci disparaît d'ailleurs à la période d'hépatisation. (A ces caractères on a reconnu, je pense, l'organisme décrit par Frankel.)

2° Dans 21 cas il a isolé des streptocoques arrondis, non capsulés, en chaînette (*streptococcus pneumonicus*).

3° *Dans 9 cas*, un organisme rond ou ovale, se présentant parfois sous forme d'un bâtonnet à extrémités arrondies, pouvant s'articuler en longs filaments, entouré d'une capsule. C'est le bacillus pneumonicus qui n'est autre chose que le pneumocoque de Friedlander.

4° Enfin *dans* 5 *cas*, il a trouvé le staphylococcus auræus et le staphylococcus albus. Il s'agissait de pneumonies secondaires.

Il est bien certain qu'ici les recherches s'égarent et le résultat n'est pas conforme au but poursuivi. Il ne s'agit pas de savoir quels sont les organismes que l'on rencontre dans l'exsudat d'un poumon enflammé, mais quel est celui qui donne lieu à la pneumonie franche, cyclique. Il y a ici deux écueils à éviter.

D'une part il est bien certain que l'exsudat pulmonaire est un milieu de culture excellent pour des organismes étrangers venus du dehors, et qu'il faut prendre garde de considérer comme la cause première des accidents, les infections secondaires qui peuvent survenir dans ces conditions.

D'un autre côté, lorsqu'il s'agit de pneumonies secondaires, qui sont d'ailleurs plus proprement des bronchopneumonies, il n'y a rien d'étonnant à rencontrer l'agent infectieux dans les lobules enflammés.

Il y a donc à laisser de côté, comme *agents pathogènes de la*

(1) Wiener medicinische Jahrbuch, 1886 et Arch. de méd., 1887.

être complet. L'on y retrouve les noms d'un certain nombre de nos confrères de l'autre sexe, reçues docteurs, car il y a en Europe plus de 1000 femmes-médecins, et en Amérique plus de 3000 ! Je regrette seulement au point de vue bibliographique, que Mme Schultze, n'ait pas donné, dans la langue originale, les titres des thèses soutenues à l'étranger, qu'elle connaît, puisqu'elle les es donne en français; c'est dans certains cas, une condition indispensable pour se procurer en librairie, les thèses dont on a besoin et de plus, l'on ne peut citer un ouvrage avec un titre traduit. J'ajoute que l'un des premiers dans la presse médicale, j'avais prédit que la carrière médicale serait ouverte aux femmes et en ce temps-là, la plupart de mes confrères se moquaient de moi.

III. Par exemple, la thèse de M. Picard est un ouvrage d'érudition et de bonne érudition. L'auteur s'est pris d'enthousiasme pour le célèbre médecin anglais, et il s'est rendu en Angleterre et il a pu consulter à Londres et à Oxford des vieilles archives, des des pièces historiques, qui lui ont permis de rédiger, pour des lecteurs français, un document biographique des plus intéressants. La partie anecdotique, parfois dramatique de la vie de Sydenham, les us et coutumes des collèges de médecine du temps, l'organisation de la médecine en Angleterre seront lus avec intérêt. Ainsi on sait que l'on attribue à Sydenham, le traitement méthodique des fièvres intermittentes par le quinquina. M. Picard rappelle que le précieux médicament eut beaucoup de peine à s'acclimater à Londres, parce qu'il venait des Jésuites; mais deux dames qui l'avaient employé avec succès, concluent « que les jésuites n'étaient pas aussi mauvais que les ministres le leur avaient dit, qu'ils méritaient une meilleure opinion ». L'auteur n'a pas omis, avant de présenter son héros, de faire connaître les doctrines qui régnaient alors. C'étaient le galénisme avec une polypharmacie trop encombrante, la doctrine chimique, et celle de Sylvius, mélange de chimie et de mathématique. Le grand mérite de Sydenham est d'avoir ramené les esprits vers la clinique, c'est à dire vers l'observation; il étudiait les épidémies, comme il étudiait le malade lui-même, en observant les phénomènes, sans idées préconçues. Sans doute il est encore imbu des idées de son temps, mais il cherche toujours à s'en débarrasser.

La peste de Londres, les relations de Sydenham avec Locke, ses voyages en France, ont fourni à M. Picard une partie de l'histoire de Sydenham, peu connue en France. Notre érudit confrère a

pneumonie fibrineuse, ces microorganismes qui n'ont aucun rapport avec elle, et s'en tenir aux recherches de Friedlander d'une part, Talomon et Frankel d'autre part.

Y a-t-il dès lors lieu d'admettre deux agents infectieux? Eh bien non. Et tout d'abord dans l'immense majorité des cas c'est le microbe de Frankel qu'on trouve. Weichselbaum l'a rencontré 9 fois sur 10 et Friedlander lui-même a reconnu que dans la plupart des cas c'était le microbe de Frankel qui agissait.

Un bon nombre d'arguments sérieux plaident d'ailleurs en faveur de la spécificité du microbe de Frankel; cette question a été mise au point par M. *Netter* dans une série de communications (1); dans la pensée de ce dernier, le pneumocoque de Frankel est seul pathogène : ce qui le prouve, c'est d'une part:

1° Sa constance.

2° Son existence, surtout dans la salive des personnes ayant eu une pneumonie.

3° Sa présence dans les méninges, dans les plèvres, dans le péricarde des sujets ayant succombé avec une complication sur ces séreuses, alors que jamais on y rencontre le microbe de Friedlander.

4° Que si on ne le rencontre pas toujours, c'est que la vie du pneumocoque de Frænkel est courte et qu'il pouvait fort bien ne plus exister dans les lobules où on a pris la semence au moment de l'inoculation, ou bien c'est que les cultures en ont été faites dans des conditions telles que le pneumocoque de Frœnkel ne pouvait se développer (obs. de Friedlander).

Mais alors le microbe de Friedlander quel rôle joue-t-il? car enfin on le trouve soit seul, soit associé au pneumocoque de Frankel. C'est pour *Netter un agent infectieux secondaire* qui trouve dans l'exsudat pneumonique des conditions favorables à son développement.

De fait, et c'est un argument de la plus haute valeur, jamais on ne retrouve le microbe de Friedlander dans les exsudats inflammatoires extrapulmonaires des pneumoniques; et lorsqu'on inocule ceux-ci, comme l'a fait M. Netter, à des rats à des lapins etc, on obtient des pleuropneumonies typiques, renfermant le pneumocoque de Frenkel, et pouvant à leur tour être le point de départ de séries d'inoculés.

Ce qui ressort de ce qui précède et ce que je voudrais mettre en lumière, c'est que le pneumonique, du fait de son exsudat pulmonaire, est en imminence d'infection secondaire, le pneumocoque une fois son action épuisée laisse la porte ouverte à d'autres infections. Témoin ce cas de M. Netter, où dans une pneumonie suppurée il trouve deux microorganismes distincts: dans les parties en hépatisation rouge, c'était le pneumocoque; dans les parties en hépatisation grise, c'était le streptococcus aureus.

Comme je l'ai déjà dit, le pneumocoque ne se rencontre pas seulement dans le poumon, nous verrons dans un instant que charrié par le sang, il peut donner lieu à des méningites, à des endopéricardites, mais on le rencontre aussi en grande quantité dans le sang et dans la rate, dans le placenta, dans l'embryon, dans le péritoine, dans les cornes utérines, dans les ganglions mésentériques.

Cette diffusion du pneumocoque, outre les manifestations cliniques et anatomiques de la maladie en dehors du poumon, est suffisante pour classer la pneumonie dans le cadre des maladies infectieuses et, en résumé, c'est au microbe décrit par Frankel, qu'il faut rapporter l'action pathogène et spécifique de la maladie.

(A suivre.)

(1) Société de biologie, 1886, 1887, 1888. Soc. anatomique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'épithélioma des cicatrices

par Armand Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin.) (1).

Il est donc à peu près impossible, si l'on compare ces deux observations, à celles que nous avons citées plus haut, d'établir un pronostic général de l'affection. Tandis que dans un certain nombre de cas, le néoplasme paraît suivre une marche lente, et ne pas récidiver après extirpation : on voit que dans d'autres le processus est plus hâtif que celui des cancers les plus malins tels que celui de la langue par exemple. L'intervention chirurgicale elle-même reste alors à peu près complètement impuissante. Bien qu'il soit difficile de préciser et de donner une division arrêtée, cette marche foudroyante paraît surtout le propre de la forme ulcéreuse : et c'est à la forme

(1) Voir les numéros 17, 19, 20 et 21.

consacré quelques pages fort intructives à l'examen de l'opinion qui règne encore aujourd'hui parmi les historiens, à savoir que Sydenham n'a pas écrit ses ouvrages en latin, mais en Anglais, et que son ami Mapletoft est l'auteur des éditions latines. M. Picard combat cette opinion avec un talent réel de critique, et la question, si elle n'est pas encore tranchée définitivement, est bien près de l'être. Sa thèse va stimuler, sans aucun doute, le zèle des commentateurs compatriotes du grand médecin Anglais. Je loue fort M. Picard pour sa table des auteurs cités. J'ai parcouru avec un grand plaisir son index chronologique et critique des éditions latines de Sydenham et de leurs traductions, de même que sa bibliographie biographique. L'auteur qui redige de semblables annexes avec autant de précision, a dû les consulter avec soin. A tout hasard, je lui signale une *dissertation* de Meyer de Halle, datée de 1833 où il est question de Sydenham, parce qu'elle était connue de Daremberg; pour le même motif, j'appelle son attention, sur une édition du *processus integri* de Lyon, 1718, in-4°.

D. A. Dureau.

Bustes d'anciens médecins. — Le ministère de l'Instruction publique, vient de commander aux artistes-sculpteurs désignés ci-après, plusieurs bustes d'anciens médecins-anatomistes, bustes destinés aux nouveaux bâtiments de l'Ecole de médecine : à M. Choppin, le buste de Chaussier, à M. Dénechau, Jacques Dubois; à M. Hermant, Méry; à M. Kinsburger, Winslow; à M. Mathieu-Meusnier, Desparts; à M. Sobre, Riolan; à M. Stener, Tenon. Un groupe a été également commandé à M Thomas (de l'Institut).

Cours pratique de microbie. — Pendant le mois d'août, un cours pratique de microbie sera fait au Laboratoire de M. le professeur Cornil, à l'Ecole de médecine. Les médecins français et étrangers seront exercés individuellement à se servir de toutes les méthodes usitées en bactériologie. Le cours sera fait par MM. Chantemesse et Vidal.

papillaire qu'il faudrait attribuer un pronostic relativement bénin. Cette différence dans la marche explique donc les divergences d'opinions des chirurgiens, qui suivant qu'ils ont observé l'une ou l'autre de ces formes, ont pu conclure, les uns à la bénignité, les autres à l'extrême malignité de cette affection néoplasique.

Si tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le pronostic de l'épithélioma des cicatrices, on rencontre également des divergences au point de vue thérapeutique.

L'emploi des caustiques a été conseillé, par Smith, Fearnside, etc.; nous n'avons pas à juger cette méthode, abandonnée et à juste titre par presque tous les chirurgiens dans la thérapeutique des affections cancéreuses. A moins d'indications spéciales, la cautérisation est une mauvaise opération. Son action est lente, douloureuse, elle ne donne pas, comme le bistouri, la certitude d'une destruction complète du néoplasme. Incomplète elle donne un coup de fouet à la lésion, dont la marche devient d'autant plus rapide.

Le raclage est également rejeté par Poncet. Dans l'observation de Marcuse, le raclage fut immédiatement suivi d'une récidive pour laquelle on dut pratiquer ensuite une amputation de cuisse. Il rentre dans la catégorie des opérations incomplètes, qui dans la thérapeutique du cancer, doivent être absolument rejetées.

La préférence devra donc être donnée à l'extirpation avec le bistouri. Comme dans tout néoplasme malin, elle devra être complète. Mieux vaut souvent laisser une tumeur, parfois à marche lente, suivre son cours habituel, que de recourir à une intervention partielle qui en précipitera le dénouement.

Aux membres, l'amputation, d'après M. le professeur Poncet constitue un procédé de choix, lorsque l'ulcère concroïdal est étendu et lorsqu'aux tissus enlevés doit succéder une ulcération cicatricielle, au lieu d'une cicatrice souple. L'amputation s'impose, quand après une première ablation il y a en récidive locale. L'idée d'un début local, sans retentissement ganglionnaire, pendant un certain temps, permet d'espérer la guérison sans récidive lorsque l'intervention n'est pas trop tardive.

Trop souvent toute intervention sera contre indiquée par suite de l'impossibilité de faire une opération complète. M. Poncet nous a rapporté l'histoire d'un de ses malades âgé de 40 ans, porteur d'un vaste épithéliome s'étendant de la partie postéro interne supérieure de la cuisse droite jusqu'au dessous du creux poplité. D'énormes masses ganglionnaires ulcérées s'imposent le triangle de Scarpa. Le malade mourut quelques semaines après son entrée, emporté par une hémorrhagie foudroyante, due à une ulcération concroïdale de la fémorale au dessous du ligament de Fallope. Il est du reste difficile, dans ces sortes de tumeurs, de faire au bistouri des extirpations complètes; elles présentent en effet le plus souvent une base d'implantation extrêmement large, et l'on ignore jusqu'à quelle profondeur il sera nécessaire d'enlever les tissus.

Néanmoins les formes limitées, dont nous avons parlé, paraissent se prêter à l'extirpation sanglante, et lorsque la tumeur siégera au tronc par exemple, on devra l'enlever, toutes les fois que cela sera possible, en ayant soin de dépasser largement ses limites.

Malheureusement dans certains cas, comme dans celui qui fait le sujet de l'observation de M. Tripier, l'intervention chirurgicale ne parait qu'aggraver le pronostic, puisque loin d'arrêter l'évolution de la tumeur, elle semble en précipiter la marche. Dans l'observation qui fait le sujet de la thèse de Kindler (1) on a cherché à obtenir la réunion plus rapide de la large perte de substance causée par l'extirpation, à l'aide des greffes dermo-épidermiques. Nous avons assisté dans le service de notre maître M. Poncet, à de nombreuses expériences sur la valeur comparée des différentes greffes cutanées, il ressort nettement pour nous qu'un seul genre de greffe a une valeur thérapeutique, surtout au point de vue auquel nous nous plaçons: c'est la greffe par approche. Si Kindler en rapporte un succès, elle a complètement échoné entre les mains de la plupart des chirurgiens.

Il est cependant extrêmement important d'arriver à combler la perte de substance causée par l'extirpation. Nous avons parlé en effet du danger constitué par la tendance à la dégénérescence de certaines surfaces bourgeonnantes. Ce danger existerait bien souvent à la suite de l'intervention chirurgicale. Dans la plupart des cas, en effet, en raison de l'étendue de la tumeur enlevée, on ne peut avoir un rapprochement suffisant des bords de la plaie pour chercher la réunion par première intention. Reginald Harrison (2) s'abstient de toute réunion dans les ablations de tumeurs cancéreuses; d'après lui, la suppuration est un excellent mode d'élimination des tissus cancéreux que le bistouri aurait épargnés; les deux ou trois observations qu'il publie à ce sujet, M. Poncet est, au contraire, convaincu des dangers en pareil cas, au point de vue des facilités d'une récidive, de la suppuration de la plaie et par cela même de la formation d'un tissu de cicatrice. Comme l'avait déjà indiqué Martinet de la Creuse et cette remarque est encore plus particulièrement vraie pour le cancer épithélial, une des conditions favorables à la non-récidive, est la réunion par première intention sont loin d'être concluantes. Dans ces cas, d'après M. Poncet, on doit avoir recours à la greffe cutanée par approche, suivant la méthode italienne modifiée, dont M. Mettin (3) a fait dernièrement une étude fort intéressante dans sa thèse inaugurale.

L'extirpation, suivie d'une greffe par approche, destinée à combler la plaie opératoire, et par cela même à prévenir une récidive en empêchant son bourgeonnement et sa lente cicatrisation est d'après M. Poncet la méthode de choix. Pour les épithéliomes cicatriciels des membres, on ne songera à l'amputation que lorsqu'il ne sera pas possible de recourir à la greffe par approche ou à un procédé autoplastique quelconque sous lequel la perte de substance est immédiatement comblée avec de la peau saine.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Sur les manifestations rénales de la grippe,

par le Dr Fiessinger, d'Oyonnax (Ain).

L'action de la grippe sur les reins n'a pas attiré, d'une manière spéciale, l'attention des médecins.

Or, de même que dans les autres maladies parasitaires aiguës, le rein, dans la grippe, peut subir des altérations diverses.

On observe: 1° une glomérulite passagère avec albuminurie transitoire.

2° Une néphrite aiguë hémorrhagique sans œdème.

3° Un mal de Bright aigu, c'est-à-dire une complication où, avec l'albuminurie, coexistent l'œdème et divers troubles plus

(1) Op. cit.
(2) The Lancet, 1881-82.
(3) Th. Lyon, 1888.

ou moins marqués indiquant l'insuffisance de la sécrétion urinaire (1).

1° *Glomérulite passagère avec albuminurie transitoire.* — C'est là l'action la plus atténuée du poison grippal sur les reins. — Les urines contiennent des traces d'albuminurie, pendant quelques jours sans que, de ce fait, la marche de la maladie subisse la moindre modification. — Notre mémoire sur la tumifaction parotidienne dans la grippe, publié dans la *Gazette médicale* du 30 mars dernier, renfermait une observation où nous avions constaté des urines albumineuses (Obs. II du mémoire).

2° *Néphrite aiguë hémorrhagique, sans œdème.* Bien plus important est ce second degré de l'altération rénale. Les malades urinent du sang, et le microscope décèle, dans les urines, des globules sanguins déformés avec des cylindres épithéliaux. Sur 83 malades atteints de grippe, dont nous avons relevé les observations avec soin, cette forme n'a été présentée que par un jeune homme âgé de 16 ans, lequel a uriné du sang en quantité notable pendant trois à quatre jours.

Ce malade a offert d'une manière très nette, pendant huit jours, un ensemble de symptômes se rapprochant, d'une manière frappante, de ceux que M. Albert Robin attribue à la congestion rénale à forme typhoïde.

On sait que dans son beau volume de chirurgie et thérapeutique médicales, l'éminent professeur de Paris distingue deux formes de la congestion rénale (2). 1° la forme commune ou simple de la congestion rénale, où les phénomènes généraux sont ceux d'un état gastrique fébrile avec léger frisson au début, puis fièvre, céphalalgie, anorexie, soif vive, malaise général ou courbature ; 2° la congestion rénale à forme typhoïde où « les symptômes généraux sont assez accentués pour que l'idée d'une fièvre typhoïde vienne aussitôt à l'esprit. La céphalalgie gravative, l'insomnie, le photophobie, les étourdissements, les éblouissements, la stupeur, puis un profond malaise, une sensation de brisement général, souvent des épitaxis, des nausées, une grande sensibilité abdominale, de la diarrhée, enfin un pouls à 100-110, une température à 39,5 » ; tels sont les symptômes généraux de cette affection. L'urine est « couleur de bouillon de bœuf avec des reflets rougeâtres plus ou moins accentués ». Elle renferme de l'albumine dès le début de la maladie et laisse déposer un sédiment brun rougeâtre qui contient des cylindres nombreux, hyalins ou épithéliaux, des globules rouges plus ou moins altérés, des globules blancs, des cellules libres, d'origine rénale, des amas libres de pigment noir amorphe ; des cristaux d'acide urique. La marche de la maladie est rapide, quelques jours pour la forme simple, deux semaines environ pour la forme typhoïde. Les symptômes généraux s'atténuent promptement avec ou sans crise sudorale. Puis vient « la convalescence dont la lenteur fait un singulier contraste avec la rapidité de la période aiguë de la maladie. Quand la fièvre a disparu, le sujet est affaibli comme s'il avait été en proie à une affection grave et de longue durée. Il peut à peine se tenir sur ses jambes. Son teint demeure blafard ; il a peu d'appétit et ne demande pas à se lever. Cette courte fièvre l'a comme épuisé ».

Or, notre malade (obs. I) a reproduit dans presque tous ses traits, le tableau de la congestion rénale à forme typhoïde : frisson initial, insomnie, vertiges, céphalalgie, douleurs dans les côtes, diarrhées avec selles, même involontaires, ventre ballonné. Dans le sédiment urinaire : globules rouges déformés, et cylindres épithéliaux ; urines albumineuses alors que le sang a disparu ; guérison le huitième jour, annoncée par une crise sudorale ; mais convalescence lente, pénible, interrompue par des vomissements alimentaires, tous les signes ne constituent-ils pas un lien de parenté visible entre notre malade et ceux atteints de congestion rénale à forme typhoïde?

La richesse symptomatique de notre malade était même plus grande que celle des congestifs urinaires.

Des rougeurs au sacrum, des râles humides aux bases des poumons complétaient le tableau morbide.

Que notre malade ait été atteint de grippe, l'épidémie concomitante, les douleurs, la diarrhée, les râles dans les bronches, la marche rapide de la maladie, la convalescence lente, tout s'accorde à le démontrer. Les urines sanglantes s'expliquent suffisamment par les allures congestives de la grippe et l'intensité plus grande du mouvement fluxionnaire vers l'appareil rénal.

Le diagnostic différentiel avec la congestion rénal de M. Albert Robin s'établira sur les signes suivants :

1° *La constitution médicale ambiante*, L'absence d'une épidémie de grippe prouvera qu'on ne peut avoir affaire qu'à une congestion rénale.

2° *La rachialgie* semble plus vive dans la congestion rénale, Notre malade se plaignait de douleurs dans le côté, mais ne souffrait pas des reins.

3° *Les symptômes thoraciques* consistant en râles dans les bronches, sont notés dans la grippe et ne se rencontrent pas dans la congestion rénale.

Nous accordons moins d'importance à la présence du sang dans les urines. Mais les signes que nous venons d'indiquer suffiront dans la majorité des cas, à distinguer la grippe avec hématurie de la congestion rénale de M. Albert Robin.

3° *Mal de Bright aigu c'est-à-dire néphrite avec œdème plus ou moins généralisé.* Au nombre des différentes maladies infectieuses pouvant amener cette complication, MM. Lecocchi et Talamon (1) oublient de signaler la grippe. Aussi bien cette complication n'est pas fréquente (2 fois sur 83 malades).

Une première fois (obs. II), il s'agissait d'une fillette de 3 ans, guérie de la grippe le dix-septième jour, puis retombant presque immédiatement avec de la bronchite, de la diarrhée, des selles fétides et du ballonnement du ventre. Six jours environ après sa rechute, les paupières sont boursoufflées, les joues bouffies. Œdème aux pieds et dans les lombes. L'urine renferme des quantités notables d'albumine avec des cylindres épithéliaux. L'enfant a des nausées. Soumise au régime lacté, et au repos absolu au lit, elle désenfle le quatrième jour et l'urine ne renferme que des traces d'albumine, lesquelles disparaissent peu à peu les jours suivants.

La seconde fois (obs. III), un garçon de 8 ans était en cause. Il avait saigné du nez, souffrait d'une angine, toussait et avait de la diarrhée. Le cinquième jour de la maladie, M. Bossigneux, interne des hôpitaux de Lyon qui nous avait suppléé pendant quelques jours, nous parle de la bouffissure de la face qu'il avait observée chez cet enfant. Les urines contiennent de l'albumine et quelques cylindres épithéliaux. Le malade traité par le régime lacté et le repos au lit désenfle rapidement. Au bout de huit jours, à l'albuminomètre d'Esbach, on ne constate plus que 50 centigr. d'albumine.

Le quatorzième jour, l'albumine a disparu et l'enfant recommence à se nourrir.

(1) Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par Lécorché et Talamon. Paris, Doin, 1888, p. 429.

(2) Albert Robin. Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. Paris 1887.

(1) Loc. cit., p. 429 et 430.

Ce dernier fait nous prouve que l'albuminurie avec l'œdème peut se produire dès les premiers jours (cinquième jour).

En général, le pronostic est bénin. Le régime lacté et le repos au lit suffisent pour assurer la guérison qui survient au bout de quelques jours (deux semaines).

Il n'est pas sans intérêt, pour une maladie comme la grippe, dont la nature microbienne n'est pas définitivement établie, de constater l'analogie que, par ses manifestations rénales, cette maladie présente avec les autres affections parasitaires aiguës.

Observation I. — *Néphrite aiguë hémorrhagique dans la grippe, chez un garçon de 16 ans. — Diarrhée. — Guérison le huitième jour.* — Bert..., Léon est âgé de 16 ans. Depuis huit jours, il éprouve une sensation de froid, manque d'appétit, dort mal les nuits.

Le 18 mars (1888) il se couche, éprouve des vertiges, mal de tête frontal. Pas de douleurs dans les membres. Douleurs dans le côté droit.

Le 19. T. m. 40,7; P. m. 120; — T. s. 40,3; P. s. 120.

Langue blanche. Une selle involontaire, diarrhéique. Toux sèche sans râles.

Prescription. — 1 gr. 50 ipéca pulv. en 3 paq. Potion avec 60 centigr. de sulfate de quinine.

Le 20. T. m. 38,9; P. m. 96; — T. s. 40,1; P. s. 100.

Quatre selles diarrhéiques fétides, cinq ascarides dans les selles. La potion est vomie.

Le 21. T. m. 39,6; P. m. 100; — T. s. 40,4; P. s. 96.

Douleur vague dans le côté droit, non exagérée par la toux et la pression. Ventre ballonné. Les urines sont sanglantes. Au microscope on découvre des globules sanguins déformés et quelques cylindres épithéliaux.

Prescription. — Régime lacté.

Le 22. T. m. 39,3; P. m. 100; — T. s. 40,5; P. s. 102.

Une selle diarrhéique. Le malade a uriné environ 1 litre d'urine sanglante.

Le 23. T. m. 40.3; P. m. 108; — T. s. 40,5; P. s. 94.

Nuit très agitée, trois selles diarrhéiques. Rougeurs au sacrum.

Le 24. T. m. 39,8; P. m. 96; — T. s. 40,3; P. s. 106.

Nuit agitée. Les urines ne sont plus sanglantes, mais renferment toujours de l'albumine, une selle spontanée, moulée. Sueurs. Râles sous crépitants aux bases.

Le 25. T. m. 38,4; P. m. 88; — T. s. 37,4; P. s. 76.

L'albumine a disparu. Les forces reviennent lentement. Le 30 vomissements alimentaires disparaissant par le régime lacté et l'eau de Vichy. Guérison.

Observation II. — *Mal de Bright aigu survenant le vingt-troisième jour de la grippe.* — Fillette de 3 ans. Bronchite guérison le dix-septième jour; puis récidive et guérison définitive du quarantième jour.

L'enfant Vug... âgée de 3 ans, a eu la varicelle en novembre 1888. Elle est retombée malade le 20 décembre 1888, mal de tête, mal de ventre. Toux quinteuse, douleur dans le côté gauche pendant les quintes de toux.

Le 22 décembre. T. s. 40,8; — P. s. 160.

Râles humides disséminés dans le poumon gauche, en arrière, et en avant. Pas de respiration soufflée. Pas de diarrhée.

Prescription sirop d'ipéca 40 gr. cataplasmes sinapisés sur le dos et la poitrine.

Le 23. T. m. 40,6; P. m. 160; — T. s. 37,8; P. s. 112.

Les râles humides ont fait place à des substances généralisées.

Prescription, potion avec 15 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 24 T. m. 37,4.

Quelques râles soufflants. L'enfant va bien le matin, mais le soir la fièvre revient. Le ventre se ballonne.

Le 25. T. m. 40,5; P. m. 160; — T. s. 41; P. s. 164.

Ventre ballonné. Pas de diarrhée. Vers le soir on constate une forte oppression. Battements des ailes du nez. Pas de râles humides ni de respiration soufflée.

Le 26. T. m. 39,9; P. m. 160; — T. s. 40,2; P. s. 156.

La toux est grasse, l'oppression moins forte, l'enfant a joué et chanté une partie de l'après-midi.

Le 27. T. m. 39,6; P. m. 152: — T. s. 40,3; P. s. 152.

Pas de diarrhée.

Le 28. T. m. 39,9; P. m. 132; — T. s. 39,4; P. s. 152.

Le 29. T. m. 38,6; P. m. 144; — T. s. 38,5; P. s. 148.

Le 30. T. m. 39; P. m. 148; = T. s. 39,6; P. s. 140.

Râles sous crépitants disséminés et nombreux.

Le 31. T. m. 38,4; P. m. 132; — T. s. 38,6; P. s. 132.

Les nuits sont très agitées. L'enfant tousse beaucoup.

1er janvier. T. m. 38,4; P. m. 122; — T. s. 39,9; P. s. 136.

Le 2. T. m. 38,2; P. m. 124; — T. s. 39; P. s. 136.

Le 3. T. m. 38; P. m. 132; — T. s. 38,4; P. s. 132.

Le 4. T. m. 38,4; P. m. 136; — T. s. 38,5; P. s. 118.

Pas de diarrhée.

Le 5. T. m. 37,5; P. m. 128.

Nous croyions à tort, à la guérison de l'enfant.

La nuit, l'agitation est très forte. Toux. Mal de ventre.

Le 8. T. s. 39,7; P. s. 150.

Selles fétides après un lavement d'eau de guimauve. Râles sonores et sibilances dans les bronches.

Prescription. — Potion avec 28 centigr. de sulfate de quinine et 40 centigr. d'ergot Bouj. Thé au rhum.

Le 9. T. m. 38,4; P. m. 144; — T. s. 39,3 P. s. 142.

Nuit très agitée, 2 selles diarrhéiques. Ventre ballonné. Pas de taches rosées.

Le 10. T. m. 38,4; P. m. 136; T. s. 40; P. s. 140.

Trois selles diarrhéiques. Un ascaride dans les selles.

Le 11. T. m. 38,4; P. m. 124; T. s. 39.6; P. s. 132.

Douleurs dans les reins et les pieds. Les paupières sont boursouflées. Les joues sont bouffies. Œdème aux pieds et dans les lombes. L'urine contient des quantités notables d'albumine avec des cylindres épithéliaux.

L'enfant est soumis au régime lacté. Enveloppement dans de la ouate.

Le 12. T. m. 37,8; P. m. 115; — T. s. 39,6; P. s. 144.

Nausées. Le ventre est douloureux et ballonné.

Le 13. T. m. 38,4; P. m. 128; — T. s. 39; P. s. 136.

L'enfant est moins forte.

Le 14. T. m. 38,3; P. m. 132; — T. s. 39; P. s. 132.

Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine. L'enflure a disparu.

Le 15. T. m. 38,4; P. m. 132; — T. s. 39,4; P. s. 152.

Le 16. T. m. 38,1; P. m. 138; — T. s. 38,9; P. s. 144.

Le 17. T. m. 38,4; P. m. 148; — T. s. 39,7; P. s. 148.

Mal de tête toute la nuit.

Le 18. T. m. 38,4 P. m. 152; — T. s. 39,3; P. s. 152.

Le 19. T. m. 38,1; P. m. 152; — T. s, 38,7; P. s. 176.

L'enfant a saigné du nez. A l'auscultation, râles humides aux bases. Sibilances disséminées.

Prescription. — Trois gouttes d'ergot Yvon matin et soir. Quinium.

Le 20. T. m. 38.6; P. m. 160; — T. s. 39,6; P. s. 176.

Râles sous crépitants fins, à la base du poumon droit en arrière.

Le 21. T. m. 38,6; P. m. 160; — T. s. 39,7; P. s. 176.

Le 22. T. m. 38,7; P. m. 160; — T. s. 38,8; P. s. 176.

Le 23. T. m. 38,7; P. m. 160; — T. s. 38,9; P. s. 164.

Le 24. T. m. 38; P. m. 160; — T. s. 38,6; P. s. 160.

Le 25. T. m. 38,2; — T. s. 37,8; P. s. 148.

Sueurs abondantes à la figure.

Le 26. T. m. 38; P. m. 148; — T. s. 37,6; P. s. 148.
Epistaxis. Sueurs à la tête. L'enfant se plaint du ventre.
Le 28. T. m. 37,8; — P. m. 140.
La nuit a été très bonne. Guérison.

OBSERVATION III. — *Mal de Bright aigu survenant le cinquième jour de la grippe.* — Garçon de huit ans, angine. La fièvre tombe le quatrième jour, guérison complète en seize jours, (observation recueillie par M. Rossigneuse, interne des hôpitaux de Lyon).

Edouard, Petit-Jean, âgé de huit ans est depuis le 9 février atteint d'une angine amygdalienne, avec gonflement à l'angle de la mâchoire, à droite. Inappétence. Mal de tête frontal. Constipation. Abattement. Epistaxis abondante. Rien aux poumons.

Le 10. T. m. 39,8 ; P. m. 108.
Le 11. T. m. 39,1 ; P. m. 128.
Râles ronflants dans les bronches. Selles involontaires. Diarrhéiques pendant la toux qui est rauque.
Prescription. — Potion avec 25 centigr. de sulfate de quinine.
Le 12. T. m. 36,6 ; P. m. 88.
Le 13. T. m. 37,3 ; P. m. 108.

Bouffissure de la face. Toux sans expectoration. Les urines contiennent de l'albumine et des cylindres épithéliaux. Le malade est soumis au régime lacté. Repos au lit.

Le 20. Albumine, 50 centigr. (tube d'Esbach).
Depuis quelques jours, l'odeur a disparu.
Le 26. L'albumine a disparu. L'enfant recommence à se nourrir. Guérison complète.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DES TUMEURS. ACTINOMYCOSE.

XI. — SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE DIAGNOSTIC DES CARCINOMES PRINCIPALEMENT DE CEUX DE LA LANGUE ET DES LÈVRES, par le prof. VON ESMARCH.

XII. — SUR LE TRAITEMENT DES SARCOMES OSSEUX, par M. KRAUSE.

XIII. — TROIS CAS D'ACTINOMYCOSE PRIMITIVE DE LA PEAU, par M. RIEDINGER. — Communications faites au dix-huitième congrès de la Société allemande de chirurgie. *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1889, n° 34 et 39.

XI. — M. Von Esmarch rappelle que la Société allemande de chirurgie a pris, il y a quelques années, l'initiative d'une enquête sur l'étiologie des tumeurs. Cette enquête devait être conduite par voie de statistique. Or les documents du passé sont douteux, parce que les diagnostics sous lesquels on a publié ces cas de néoplasme sont souvent erronés: rien d'étonnant dès lors, que l'enquête n'ait pas abouti. C'est une erreur encore fort répandue qu'un clinicien doit pouvoir diagnostiquer la nature d'une tumeur d'après l'aspect extérieur et l'évolution du néoplasme. C'est contre cette prétention que M. Von Esmarch a tenu à s'inscrire en faux. A l'appui de sa manière de voir, il a commencé par citer le fait suivant.

Un marin s'est présenté à M. Von Esmarch, affecté, prétendait-il, d'un cancer récidivant de la lèvre. Quatre semaines auparavant un chirurgien lui avait excisé un premier néoplasme, qu'il avait pris pour un carcinome. Sur les bords de la cicatrice s'étaient formées des nodosités végétantes, qu'un autre chirurgien avait pris pour une récidive de cancer. Le patient réclamait une nouvelle opération. M. Von Esmarch l'interrogea avec soin et apprit qu'il avait eu autrefois la syphilis. Le traitement spécifique fut institué avec énergie. Au bout de quatre semaines, toutes les nodosités prétendues cancéreuses avaient disparu. M. von Esmarch a fait remarquer que si ce malade avait subi une nouvelle opération, les choses se seraient vraisemblablement passées comme la première fois, et qu'après de nouvelles opérations, le malade serait mort tôt ou tard dans le marasme.

M. Von Esmarch a présenté de nombreux dessins relatifs à des faits cliniques ou après des examens microscopiques répétés, il a pu reconnaître la nature syphilitique de néoplasmes douteux et obtenir la guérison par une cure appropriée, néoplasmes siégeant aux lèvres, au pénis ou ailleurs.

Des confusions du genre de celle que signale M. von Esmarch ont dû être commises dans les temps passés. Ce sont surtout les syphilomes qui ont été l'objet de ces confusions, et M. von Esmarch estime que la moitié au moins des tumeurs qui, après une première extirpation, se reproduisent avec une grande rapidité et présentent une malignité exceptionnelle, se rattachent aux syphilomes, et sont par conséquent justiciables du traitement spécifique.

Les tumeurs tuberculeuses donnent plus rarement lieu à des confusions de même nature. M. Von Esmarch en a cité un exemple très intéressant: il s'agit d'une tuberculose conglomérée de la langue, qui avait été prise pour un cancer. On sait, d'autre part, qu'avant qu'on ne connût l'actinomycose, cette affection parasitaire a dû être souvent confondue avec le carcinome.

Dans les cas de fracture spontanée de la partie supérieure du fémur, les chirurgiens courent également le risque de commettre des erreurs regrettables. En général, dans les cas de ce genre, on incline à croire à l'existence d'un ostéosarcome, et on intervient pour extirper le fémur, alors que souvent cette opération était inutile, la véritable nature de la lésion ayant été méconnue.

Comment se mettre à l'abri de pareilles erreurs? Il y a bien des années, Virchow a indiqué le remède: ne pas se contenter d'un diagnostic clinique, recourir toujours au diagnostic anatomique, et à la suite de résultats négatifs, répéter les examens microscopiques, jusqu'à ce qu'on soit à même de porter un jugement définitif sur la nature du cas. A l'exemple de Middeldorf, M. Von Esmarch a fait construire une série d'instruments, à l'aide desquels on peut exciser des fragments de tissus d'une grande profondeur. Quand il n'aboutit pas avec ces instruments, il n'hésite pas à exciser profondément de la tumeur, des rondelles assez considérables, destinées à être examinées au microscope.

En certaines circonstances, le diagnostic peut être élucidé, par des opérations préalables: trépanation, dilatation forcée du rectum, de l'urèthre, uréthrotomie externe, taille hypogastrique. En présence d'une tumeur suspecte du larynx, il faut toujours procéder à la laryngotomie, pour rendre le diagnostic plus abordable. La laparotomie est aujourd'hui pratiquée couramment en tant qu'opération préalable, dans les cas de tumeur de l'abdomen. Quand à la surface ou autour d'un néoplasme, il existe des granulations, il faut toujours soupçonner la nature syphilitique du néoplasme; il faut instituer le traitement spécifique, mais avec une grande persévérance, pendant des mois faire alterner l'administration de l'iodure de potassium avec les frictions mercurielles, l'administration de l'arsenic, etc.

La confusion du syphilome avec le sarcome, et le carcinome étant fréquente, surtout pour les néoplasmes de la langue, voici la ligne de conduite que s'est imposée M. Von Esmarch. En présence d'une tumeur de cet organe, lorsque l'examen microscopique d'une lamelle du néoplasme a fourni la preuve qu'il s'agit d'un cancer épithélial, M. Von Esmarch procède à l'extirpation de toute la langue et des tissus avoisinants. Si,

au contraire, l'examen microscopique fait constater la présence des bacilles de la tuberculose dans le tissu conjonctif de la langue, l'ulcération suspecte est traitée par le grattage avec cautérisation consécutive. Si l'examen microscopique fait découvrir dans le tissu de la langue, des micro-organismes à disposition radiée, le traitement consistera dans le grattage avec pansement au sublimé. Si l'on ne découvre dans le tissu examiné que des cellules fusiformes, le traitement est d'abord institué en vue d'un syphilome éventuel, avec la persévérance nécessaire. Pendant la durée du traitement, on répétera les examens histologiques. Ce qu'on appelle malignité d'une tumeur n'est pas dans un rapport constant avec la nature du néoplasme. Ainsi, à la suite de l'extirpation d'un syphilome, il arrive souvent que le malade succombe rapidement au marasme. Dans les cas de néoplasmes tuberculeux, l'évolution est très variable.

M. Von Esmarch a consacré une partie de sa communication à l'étiologie du cancer, pour faire ressortir combien pauvres sont jusqu'ici nos connaissances concernant les causes des tumeurs malignes. Nous en sommes réduits à faire intervenir, sans preuves bien sérieuses, des causes occasionnelles, une prédisposition qui réside dans une résistance moindre des tissus, et l'influence de l'hérédité.

Pour ce qui concerne le traitement du cancer, M. Von Esmarch s'est borné à constater que le cancer est une affection curable, à condition qu'elle soit attaquée à temps par l'instrument tranchant.

XII. — M. Krause a rappelé que parmi les différentes formes de sarcomes, c'est le sarcome osseux qui passe pour avoir le moins de malignité, au point que Nélaton ne voulait y voir qu'une simple hypertrophie osseuse. Or, cette variété de sarcome peut être le point de départ de métastases et de tumeurs ganglionnaires, ainsi que le prouve une pièce anatomique présentée par M. Krause. Il s'agit d'un volumineux sarcome logé au centre du fémur, et qui avait nécessité la désarticulation de la hanche; le patient a succombé quelques mois plus tard, à des métastases pulmonaires. Les foyers métastatiques offraient les caractères du sarcome à cellules gigantesques. M. Krause reconnaît d'ailleurs que les faits de ce genre constituent l'exception.

A ce propos, M. Esmarch a fait savoir que, dans un cas de sarcome enkysté volumineux, il avait obtenu la guérison à la suite de l'ouverture de la capsule, suivie d'une cautérisation énergique, pratiquée avec le thermo-cautère. Quand la tumeur est creusée d'une cavité volumineuse, M. Esmarch conseille de remplir celle-ci avec des fragments d'os décalcifiés et hachés en menus morceaux. Si l'opération est faite avec les conditions d'antisepsie voulue, on obtient une guérison parfaite.

XIII. — M. Lesser a observé trois cas d'actinomycose qui complètent dans une certaine mesure nos connaissances concernant cette affection parasitaire. On savait que les manifestations de l'actinomycose débutent par la bouche, on par le pharynx ou par quelque autre portion de l'appareil digestif, ou par les voies respiratoires, mais on ne possédait pas d'exemple avéré d'actinomycose primitive de la peau. C'est cette lacune que comblent les trois faits d'actinomycose observés par M. Lesser.

Le premier cas concerne un négociant âgé de 35 ans, qui s'était aperçu, dix-huit mois avant de consulter le médecin, d'une tuméfaction de la peau de l'avant-bras, tuméfaction qui était allé en se développant, et qui s'était compliquée d'une desquamation de l'épiderme d'hémorrhagies, d'abrasion de la peau ; finalement, il s'était formé une ulcération couverte de granulations jaunâtres, avec bords déchiquetés, couverts d'un pus couleur de noix. Des lésions semblables ont envahi la moitié droite de la tête, la moitié gauche de l'abdomen. Des bourgeons de granulations ont traversé les aponévroses pour pénétrer jusque dans les muscles sous-jacents.

Le sujet de la seconde observation, un voyageur, est entré dans le service de M. Lesser, porteur d'une infiltration dure de la région du mollet, avec fluctuation profonde et endolorissement. On avait cru d'abord à une lésion syphilitique. A la suite d'une incision cruciale pratiquée au siège de l'infiltration, on reconnut que des bourgeons de granulations pénétraient jusque dans la profondeur des muscles, et qu'il s'agissait d'un cas d'actinomycose. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions de voisinage, ce qui, a fait remarquer M. Lesser, doit toujours éveiller le soupçon d'une actinomycose possible.

Enfin, chez le troisième malade, un serrurier, le point d'appel des manifestations de l'actinomycose avait été une brûlure que le patient s'était faite six semaines auparavant avec un fer rouge. Les lésions ont gagné en profondeur jusqu'à détruire le périoste et ronger le tibia.

Dans les trois cas, les résultats de l'examen bactériologique ont corroboré le diagnostic d'actinomycose.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

De la réduction de la luxation du pouce en arrière, par M. P. Thian. (Thèse de Paris.)

Intéressant travail fait sous l'inspiration de M. Guermonprez. L'auteur passe tout d'abord en revue les obstacles à la réduction pour discuter ensuite les indications et contre-indications qui en découlent. Il continue par l'étude des diverses méthodes employées pour ramener en leur situation normale les surfaces articulaires. S'il insiste davantage sur les méthodes de force, c'est en raison de leur efficacité plus grande et de leur emploi plus fréquent. Les méthodes sanglantes entrées dans la pratique journalière grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine sont à leur tour longuement exposées.

Les conclusions à tirer sont que, à part de très rares contrindications relevant de l'ancienneté de la luxation, de l'âge du sujet et de certains états constitutionnels, la réduction de la luxation s'impose. Si cette dernière est complète, il faut tout d'abord recourir à l'impulsion simple ou par glissement de Gerdy, se gardant bien de rabattre la phalange et de faire des tractions. On pourra en cas d'insuccès, employer le renversement en arrière en lui adjoignant, s'il y a lieu, un mouvement de rotation. La clef, le crochet digital de Faucon et surtout la pince de Farabeuf seront toujours avantageusement utilisés dans l'exécution de ces divers procédés.

La luxation complexe sera traitée par l'impulsion avec renversement en arrière et rotation pour dégager tout d'abord les ossésamoïdes. Des tractions prolongées suivies de mouvements rotatoires comme les pratique M. Guermonprez, rétabliront les rapports des surfaces articulaires. En cas d'insuccès, il conviendrait de recourir aux méthodes sanglantes et de préférence à la division longitudinale du ligament antérieur après incision de la peau à la face dorsale de l'articulation.

Contribution a l'étude de la chirurgie conservatrice. Observations recueillies à l'hôpital maritime de Lorient 1886-1887, par G. Delrieu. (Thèse de Paris.)

Chaud plaidoyer en faveur de la méthode antiseptique qui permet de conserver des régions lacérées et délabrées, naguère vouées à l'ampntation, de tenter la récupération par suture de parties détachées du corps telles que phalangettes et pulpe du doigt, pour ne nons en rapporter qu'aux quelques observations données par l'auteur.

A signaler la description et le dessin d'un vaporisateur à l'acide phénique construit d'après les indications de M. Lucas, directeur du service de santé de la marine à Lorient. Cet appareil à vapeur, aurait entre autres avantages celui de donner un spray chaud éminemment favorable à la guérison des plaies.

Recherches sur la cure rapide de la fistule anale, par F. Longo. (Thèse de Paris.)

Il est certaines fistules à l'anus que l'on guérit à l'heure actuelle en l'espace de huit à dix jours, à la condition d'obtenir la réunion par première intention. Le raclage du trajet après incision sur la sonde cannelée, la suture des bords de la plaie produite, ne sont rien en raison des précautions antiseptiques que doit prendre le chirurgien pour atteindre le but désiré. Le traitement commence trois à quatre jours avant l'opération. Ce sont lavements sur lavements, purgations sur purgations, et après diète, opium, décubitus dorsal, les jambes fléchies. Et si nn gaz septique pour ne pas dire autre chose vient à s'insinuer sous le pansement, on a inutilement travaillé : vite il faut faire sauter les sutures, ce qui met le patient dans le cas où il se serait trouvé s'il avait été traité par la simple incision. A côté d'observations très concluantes fournies par M. Longo dans son intéressant travail, nous en trouvons d'autres nous corroborant dans l'idée que la cure rapide de la fistule anale par réunion primitive est une démonstration nouvelle de la valeur de la méthode antiseptique, qu'elle constitue un véritable tour de force exigeant des moyens hors de proportion avec le but à atteindre. Car, si le patient opéré par le vieux procédé attend un mois et quelquefois plus sa guérison définitive, peu incommodé par sa plaie, il peut au moins se lever très rapidement et vaquer à ses affaires.

Ch. Amat.

BULLETIN

La discussion inaugurée à la tribune de l'Académie sur la thérapeutique du diabète, par M. J. Worms, a déjà fourni à plusieurs orateurs autorisés l'occasion d'exposer à leur tour et de défendre leurs idées personnelles. On ne peut que se féliciter de ce concours car, parmi les nombreuses questions que soulève l'étude de la pathologie générale, il n'en est pas de plus difficile que celle-là, de plns soumise à l'influence des théories régnantes. Il n'en est pas non plus de plns propre en apparence à faire naître ou à favoriser le scepticisme thérapeutique. C'est donc avec plaisir que nous avons entendu des exposés de doctrines qui, en dépit de leurs contradictions réciproques, n'en marquent pas moins dans l'esprit de leurs auteurs une foi réelle dans l'efficacité des moyens que l'on peut opposer à une maladie extrêmement répandue et dont la fréquence semble croître avec la civilisation et surtout en raison directe des agitations dont se compose la vie moderne, principalement dans les grandes villes.

M. A. Robin, dont la compétence fait autorité en tout ce qui concerne les applications cliniques de la chimie humorale, est venu proclamer après M. G. Sée que le diabète, ne saurait être considéré comme une maladie causée par le ralentissement de la nutrition, et qu'il convient d'y voir au contraire un effet de la suractivité de celle-ci, tout ou moins de certains de ses actes les plus importants tels que celui constitué par la fonction sécrétoire des cellules hépatiques et l'influence connexe du système nerveux. Ces deux actes, fonction glycogénique du foie, influence nerveuse, doivent être considérés comme solidaires, le premier étant d'ailleurs étroitement subordonné au second. La notion de cette solidarité doit faire la base de la théorie pathogénique du diabète : c'est d'elle que découle le choix des moyens thérapeutiques à intervenir. Refrener et diminuer l'action excitatrice des centres nerveux sur la fonction glycogénique, voilà une première donnée qui se dégage naturellement des prémisses précédentes : soustraire à l'organisme tous les matériaux snsceptibles de fournir à celui-ci les éléments de la matière glycogène, (matières amylacées, sucres) voilà un deuxième précepte, celui-là connu et empiriquement mis en pratique depuis longtemps. En résumé, d'après M. Robin, il faut mettre en œuvre tous les agents propres à ralentir la nutrition et tous ceux qui sont susceptibles de diminuer la part de l'influence nerveuse sur la fonction du foie. Telle doit être l'idée fondamentale d'un traitement rationnel du diabète.

Nous pouvons nous attendre à voir d'autres auteurs intervenir à leur tour dans une discussion qui touche au vif des opinions de certains d'entre eux. Du reste on doit désirer que ce débat s'agrandisse et s'étende, car c'est quand il s'agit de questions aussi difficiles que l'on peut dire : la discussion fait naître la lumière.

M. Terrillon a fait dans la séance de mardi une nouvelle commnnication sur un sujet qui lni est devenu familier et dont l'exploration persévérante nous a déjà valu de sa part de remarquables travaux : nous voulons parler du traitement chirurgical des inflammations de la trompe, ou salpingites. On pourrait invoquer les faits cités dans ce travail comme une nouvelle preuve de l'importauce croissante des thérapeutiques locales et comme un argument de plus en faveur de la nécessité qui s'impose de plns en plus de distraire le traitement de certaines lésions viscérales du domaine médical proprement dit pour l'attribuer d'une manière presque exclusive à celui de la chirurgie. En effet, comparez les lenteurs, les tâtonnements, les incertitudes du traitement médical appliqué aux inflammations des annexes de l'utérus avec les résultats rapides, brillants et chaque jour plus assurés que donne une opération exécutée par des mains habiles, et vous verrez de qnel côté est la thérapeutique de l'avenir. C'est ainsi que sur un total de 50 opérations pratiquées en moins de 3 ans par M. Terrillou, la statistique accuse 34 guérisons absolues, 10 améliorations plus ou moins sensibles, mais réelles, et seulement 6 cas dont le résultat est contestable ou nul. Une statistique aussi brillante justifie donc suffisamment les conclusions de l'habile chirurgien qui a pu ajouter cette belle série à la liste de ses succès antérieurs. En effet ces conclusions sont entièrement favorables à l'intervention chirurgicale appliquée au traitement des salpingites *inflammatoires simples*. Elles ne comportent de réserves que pour les salpingites *hémorrhagiques* et surtout pour celles qui s'accompagnent de suppuration. Dans ce dernier cas, la proximité de cette séreuse éminemment irritable qni s'appelle le péritoine, crée vraiment nn

danger redontable. Mais M. Terrillon ne désespère pas de diminner les mauvaises chances résultant de cette dernière circonstance, grâce à l'emploi du drainage combiné avec un lavage antiseptique minutieux de la séreuse péritonéale.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Innovation excellente a la Faculté de médecine. — La Faculté vient d'ouvrir un pavillon d'anatomie d'été par les soins du chef des travaux. Un certain nombre de livres et d'atlas d'anatomie, quelques pièces sèches, des moulages et des os ont été rassemblés dans ce pavillon qui devient ainsi un véritable musée-bibliothèque d'anatomie normale. Ce pavillon est ouvert tous les jours de midi à 4 heures. Les préparations et les pièces, provenant des examens d'anatomie, y sont déposées chaque jour dans de grandes auges remplies d'un liquide conservateur, et restent ainsi à la disposition des élèves qui peuvent, en achevant la dissection de ces pièces et en les touchant revoir toute leur anatomie. Nous ne saurions trop féliciter la Faculté de cette heureuse innovation qui répond à une lacune de notre enseignement anatomique. Dans notre pensée, ce pavillon sera utile non seulement aux élèves désireux de continuer les études ébauchées pendant le semestre d'hiver, mais il servira surtout aux élèves ayant déjà échoué à une des épreuves d'anatomie. Jusqu'ici, ces élèves étaient renvoyés à une date ultérieure, mais la Faculté ne leur fournissait point les moyens de compléter une instruction anatomique jugée insuffisante. Par la création d'un pavillon d'anatomie d'été, cette faute de logique disparaît. Nous n'ignorons pas combien l'Ecole pratique souffre du manque de cadavres; aussi l'utilisation des pièces et des préparations provenant des examens suppléera-t-elle dans une large mesure à l'insuffisance des sujets. (*Progrès médical*).

Vente et consommation des moules. — Le *Journal officiel* du 26 mai contient un intéressant rapport adressé au Ministère de la Marine, par M. Tenneguy, au nom du comité consultatif des pêches maritimes, sur la vente et la consommation des moules en toute saison. Les recherches les plus récentes sur la toxicité des moules, établissent que cette toxicité est due à la présence dans ces mollusques d'un alcaloïde organique (mitilotoxine de Brieger) développé sous l'influence d'un microbe particulier.

Exercice de la médecine en Suisse par les médecins étrangers. — Il résulte d'une déclaration de Sir J. Fergusson à la chambre des communes, que le gouvernement suisse questionné à ce sujet, n'a pas encore fait connaître s'il autorisait les médecins anglais, en général, à exercer en Suisse.

Certificats de revaccination. — Une circulaire du Ministre de l'Instruction publique, fait connaître après avis du Ministre des Finances, que les médecins sont autorisés à délivrer sur papier libre les certificats de revaccination des enfants des écoles, avec la mention suivante : « Délivré en exécution de l'art. 2 du règlement scolaire des écoles primaires ».

La vivisection en Angleterre. — Les journaux anglais annoncent que la Chambre des communes a refusé de supprimer le poste d'inspecteur général de la vivisection.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. Clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de deux chefs de clinique médicale, d'un chef de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira le 26 juin à neuf heures du matin.

Prosectorat. — La première séance des concours est reportée, au lundi 3 juin.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Fournier reprendra son cours le vendredi 31 mai à neuf heures et demie et les continuera les mardis et vendredis suivants.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hutinel, agrégé, est chargé du cours de clinique des maladies des enfants pendant le deuxième semestre 1888-1889. En conséquence, les conférence de pathologie infantile commencées à la Faculté par M. Hutinel, ne seront pas continuées.

***

Hôpitaux de Paris. — Les candidats au concours qui s'est ouvert le 11 mai dernier, pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sont au nombre de neuf. Ce sont MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Démelin, Lepage, Loviot, Potocki, Stapfer et Tissier.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. Adenot, délégué dans les fonctions d'aide d'Anatomie, est nommé, pour une péride de trois ans, à partir du 4 mai 1889, aide d'anatomie.

Faculté de médecine de Lille. — M. Comhemal, agrégé des Facultés de médecine, et attaché en cette qualité à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, par arrêté du 24 mars 1889, est appelé à l'exercice à partir du 16 mai 1889. Il est, en outre, nommé pour une période de trois ans, à partir du 16 mai 1889, chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Tédenat, professeur de clinique externe, a été élu membre du Conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Engel, démissionnaire.

***

École de médecine de Toulouse. — M. Secheyron, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pendant le second semestre de l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

École de médecine de Toulouse. — M. le Dr Bédard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie, pendant le second semestre de l'année scolaire 1888-1889.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Tieulin, ancien suppléant est chargé, jusqu'au 15 avril 1890 des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Cottin, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

École de médecine d'Alger. — M. Labbé est maintenu, pour une période de trois années, à partir du 1er avril 1889, dans les fonctions de prosecteur.

École de médecine de Dijon. — M. le Dr Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est chargé, en outre, d'un cours de patholohie externe, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889.

École de médecine de Rouen. — Un concours s'ouvrira, le 3 avril 1890, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Rouen.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 24 mai, a

été nommé médecin de 2e classe, M. Masurel (Albert, Julien, Charles) médecin auxiliaire.

— Par arrêté ministériel, M. le Dr Poix ancien médecin de la marine, est nommé médecin des services municipaux à Haïphong, en remplacement de M. le Dr Pellereau, rentré en France.

— Par décret du 8 mai, M. Viancin, (Charles Iréné) médecin auxiliaire, a été nommé médecin de 2e classe.

***

Assistance publique. Hôpital des enfants malades. — M. le Dr Jules Simon recommencera ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 22 mai à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants. Consultation clinique le samedi.

***

Concours du Bureau central (médecine). — Sont déclarés admissibles à la troisième épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central :

MM. Dreyfous, Petit, Richardière, Marfan, Robert, Variot, Caillard, Duplaix, Giraudeau et Lermoyez.

***

Réunion de l'Association médicale britanique en 1889. — La 57e session de l'Association médicale britannique aura lieu à Leeds, du 13 au 26 août prochain.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Aphasie et folie. Coexistence d'une psychose systématique avec la cécité et la surdité verbales, par le Dr Paul Garnier. Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

De la scrofule, histoire et dartrines étiologie prophylaxie dans la première enfance, par le Dr Louis Amat, médecin major, lauréat de l'Académie de médecine, Montpellier, Camille Coulet, libraire éditeur; Paris, G. Masson, éditeurs, 1889.

Le M'Zab et les M'Zabites, par le Dr Charles Amat, médecin major, ouvrage accompagné de quatre cartes et de deux tableaux, Paris, Challamel et Cie, éditeurs, 1888.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 19 AU SAMEDI 25 MAI 1889.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 3. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. —Diphtérie, croup, 43. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 228. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 5. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11.—Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 33. — Bronchite chronique, 33. — Broncho-pneumonie, 46. — Pneumonie, 58. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 9. —Biberon, 49. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonites puerpérales. 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 21. — Suicides, 24.— Autres morts violentes, 5. —Autres causes de mort, 165.—Causes inconnues, 9. — Total : 1015.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Imp. A. PARENT, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CHIMIE MÉDICALE

NOTE SUR LES ERREURS AUX QUELLES EXPOSE LE DOSAGE DIRECT DE LA POTASSE DANS L'URINE, SOUS FORME DE BITARTRATE DE POTASSE, par ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de médecine (1).

I. La potasse calculée d'après le poids de précipité obtenu en additionnant l'urine concentrée d'acide tartrique ne correspond nullement au poids réel de la potasse. — II. Un mot sur la toxicité des sels de potassium. — III. Les décharges d'acide hippurique.

I

La réponse que MM. Roger et Gaume ont faite à ma réclamation constitue une fin de non recevoir que je m'abstiens de relever, car il est inutile d'affirmer à nouveau un droit de priorité qui ne saurait être mis en doute, à savoir : la découverte des décharges précritiques dans les maladies aiguës (2).

(1) Communication faite à la Société de biologie.

(2) Voyez Albert Robin: Essai d'urologie clinique, la fièvre typhoïde, Paris, 1887; Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, Paris, 1887.

Mais il est un point du travail de mes laborieux contradicteurs, que je ne saurais passer sous silence, car il touche à une question d'actualité dont la solution ne sera pas sans influence sur la thérapeutique.

Voici longtemps déjà que l'on considère les sels de potasse contenus dans l'urine comme des agents toxiques de premier ordre, et, pour ne parler que des travaux les plus récents ; on sait que les remarquables recherches de mon maître et ami M. Bouchard, attribuent à la potasse 47 0/0 de la toxicité totale de l'urine. MM. Feltz et Ritter soutiennent que dans la toxicité notablement accrue de certaines urines pathologiques, l'excrétion exagérée des sels potassiques joue un rôle prédominant, et cette assertion paraît confirmée par quelques dosages de divers auteurs qui trouvent que la potasse est éliminée en excès à la période terminale de plusieurs maladies aiguës, de la pneumonie, en particulier.

Donc, aujourd'hui, la toxicité des sels de potassium est un article de foi que viennent énergiquement défendre MM. Roger et Gaume en lui apportant l'appui décisif de leurs analyses.

En effet, dans la première observation de leur mémoire, ils se fondent sur la plus grande quantité des sels de potassium trouvés dans l'urine le lendemain de la crise pour admettre que ce jour-là, les sels potassiques ont dû intervenir pour une plus forte part dans la toxicité urinaire, et leur opinion semble d'autant plus probable que l'analyse leur révèle une quantité de potasse équivalente de 4 gr. 35 de chlorure de potassium.

Comme je n'ai rencontré que très exceptionnellement un chiffre aussi élevé parmi les nombreux dosages de potasse que j'ai pratiqués dans le cours et pendant la défervescence des maladies aiguës, j'ai pensé que ce chiffre devait être erroné et qu'il n'avait été obtenu qu'à la faveur d'une analyse défectueuse.

FEUILLETON

UN MÉDECIN FRANÇAIS DU 16e SIÈCLE (*Voir les Nos 20 et 21.*)

III. — SES ŒUVRES.

Pour justifier l'importance que l'on doit attribuer à Jacques Houllier dans l'histoire des études médicales, il nous paraît utile de dresser le plus complètement possible la bibliographie de ses travaux. Nous n'avons pas la prétention d'être complet, surtout au point de vue des réimpressions en pays étrangers. Il nous suffira d'avoir fourni un cadre et des points de repère.

1o En 1543, Houllier publia à Paris un livre in-16, intitulé ; *Ad libros Galeni de compositione medicamentorum secundum locos Periochœ octo.* — Ce livre fut réimprimé à Francfort en 1589 et en 1603, in-12.

2o En 1544, parut à Paris, un volume in-folio, sous ce titre : *De materia chirurgica libri tres*, qui fut réimprimé dans la même ville et dans le même format en 1610. Dès 1547, il en parut une édition in-8o à Lyon. A Francfort, il en parut deux éditions in-12, en 1589 et en 1603. C'est le même ouvrage qui a été publié sous le titre d'*Institutionum Chirurgica libri tres*, d'abord à Paris en in-4o, 1552 et 1571, puis à Lyon in-8o en 1588. Les éditions de cet ouvrage, paru du vivant de l'auteur, sont dues à ses élèves, à des écoliers qui lui auraient données sur les cahiers écrits sous la dictée du maître.

3o Les autres ouvrages publiés sous le nom de Jacobus Hollerius sont des œuvres posthumes.

La première publication est due aux soins de Didier Jacot. Elle comprend : *De morborum curatione ; de Febribus ; de Peste*, etc, Elle a paru à Paris, en 1565, dans le format in-8.

4o En 1571, parait à Paris, sous le format in-8o, un ouvrage intitulé : *De morbis internis libri duo, aucthoris scholiis et observationibus illustrati.* Le même ouvrage, qui fut réimprimé dans la même ville, en 1611 (in-4o), parut aussi à Venise en 1572 (in-8o), à Lyon en 1578 (in-8o), et à Francfort en 1589 et en 1603 (in-12).

5o Didier Jacot se fit aussi l'éditeur d'un in-folio paru à Lyon, en 1576, en grec et en latin, sous le titre : *Magni Hippocratis Coaca Prœsagia.*

6o En 1579, puis en 1583, parut à Paris un nouvel ouvrage : *In aphorimos Hippocratis commentarii septem* (in-8o), ouvrage qui fut

Or, MM. Roger et Gaume décrivent ainsi le procédé de dosage qu'ils ont employé :

Il consiste à évaporer 100 cc. d'urine au 1/5, à filtrer après refroidissement, puis à ajouter au liquide filtré et porté à l'ébullition 10 cc. d'une solution saturée d'acide tartrique. Après vingt-quatre heures de séjour dans un lieu froid, on lave le bitartrate de potasse pour enlever les matières colorantes, on recueille sur un filtre taré, on sèche et on pèse. MM. Roger et Gaume ajoutent : *« Les résultats obtenus de cette façon comparés à maintes reprises avec ceux que donne la méthode classique par le chlorure de platine, sont sensiblement les mêmes ».*

Quand on connaît la difficulté de la séparation des matières minérales, on voit de suite à quelles erreurs expose ce procédé, surtout dans un liquide aussi complexe que l'urine.

Je voudrais néanmoins montrer à la Société de Biologie quelle est l'étendue de ces erreurs et en rechercher les causes et les conséquences.

TABLEAU N° 1

SUJETS SAINS

Poids de la potasse d'après la pesée du précipité de bitartrate.	Poids de la potasse après calcination du bitartrate.	Différence en plus pour le premier procédé.	Pourcentage de cette différence. Erreurs du procédé au bitartrate.	Observations
2.570	2.448	0.152	5.9 0/0	Sujet sain.
3.710	3.481	0.229	6.1 —	—
1.810	1.691	0.119	6.5 —	—
2.110	1.916	0.194	9.1 —	—
1.750	1.479	0.271	15.4 —	—
1.976	1.420	0.556	23 —	Femme névropathe.
1.173	0.855	0.318	27.1 —	Alimentation surtout végétale.
0.923	0.444	0.279	30.2 —	—
1.106	0.756	0.350	31.6 —	—
0.823	0.546	0.277	33.6 —	—
2.208	0.935	1.273	57.6 —	Alimentation exclusivement végétale.

Dans une première série de dosages (1) j'ai recueilli le précipité de bitartrate de potasse séché et taré, je l'ai lavé à l'eau légèrement alcoolisée jusqu'à ce que le précipité fût décoloré, puis j'ai pesé, après dessication à 100°. Une simple proportion suffit pour calculer le poids de la potasse contenue dans le précipité de bitartrate : la première colonne du tableau 1 représente le résultat de ce calcul.

Puis, pour vérifier ce premier chiffre, j'ai calculé soigneusement le précipité de bitartrate, afin de le transformer en carbonate de potasse : la seconde colonne du tableau 1 contient les chiffres obtenus et réduits en KHO.

La différence entre ces deux résultats et le pourcentage de cette différence sont inscrits dans les colonnes 3 et 4 (2).

L'écart est extrêmement variable, puisqu'il varie de 5,9 0/0 à 57,6 0/0 du poids obtenu par le défectueux procédé que je combats : c'est-à-dire pour avoir le poids réel de la potasse, il faut défalquer du chiffre fourni par ce procédé, une quantité variant entre 5,9 et 57,6 0/0 de ce chiffre!

Mais on pourrait m'objecter que ces différences tiennent à des variations alimentaires, que les plus grands écarts sont observés chez des individus soumis à l'alimentation végétale, et que dans les maladies aiguës où les malades ne s'alimentent en quelque sorte, que de leur propre substance, le procédé du bitartrate doit fournir des dosages plus satisfaisants.

Il n'en est rien, et dans les maladies aiguës, les écarts entre la potasse réelle et celle dosée par le procédé au bitartrate acquièrent des propositions invraisemblables. Voici trois cas de rougeole, scarlatine, pneumonie où ils atteignent de 55,9 à 67,5 0/0!

TABLEAU N° 2

MALADIES AIGUES

Procédé au bitartrate de potasse.	Chlorure de platine de potasse.	Différence en plus pour le premier procédé.	Pourcentage de l'erreur.	Observations
3.540	1.558	1.982	55.9 0/0	Scarlatine.
2.853	0.828	1.926	67.5 —	Rougeole.
3.485	1.067	2.316	66.4 —	Pneumonie

(1) La plus grande partie de ces recherches ont été faites de 1877 à 1884, au laboratoire des cliniques de la Charité. D'autre proviennent de mon laboratoire de la Maison de retraite des Ménages.

(2) Tous les dosages sont calculés par litre d'urine.

réimprimé en 1597 à Leipzig dans le même format; à Francfort, également en 1597, dans le format in-16, et en 1604 dans le format in-8° ; à Lyon en 1620 (in-8°), enfin à Genève en 1646, format in-8°) puis en 1675, avec les scholies de Jean Liéhault.

C'est à propos des commentaires de Houlier sur le livre d'Hippocrate qu'on fit le distique suivant :

« *Explicat Hippocratem, quis hic Podalirius alter?*
Hollerius. Jactet Graius Arabsque suos. »

7° Enfin sous le titre : *Opera practica cum Ludovici Dureti enarrationibus et Antonii Valetii excercitationibus ; accessit ad calcem Therapeia puerperarum J. Le Bon*, parut le grand ouvrage de Houlier, d'abord à Paris en 1612, puis à Genève en 1623 et en 1635 (in-8°). Enfin sous le format in-folio fut publiée à Paris, avec les annotations de J. Hautin, l'édition que nous avons sous les yeux, et qui aurait eu une nouvelle édition en 1674, si j'en crois la compilation de Bayle et Thillaye (où l'édition de 1664 est omise). Ce grand ouvrage réunit les deux traités compris sous les chiffres 2° 3° et 4° dans notre énumération.

IV. — SES DISCIPLES.

Disons maintenant un mot des élèves et des commentateurs de Jacques Houlier :

1. — En première ligne, nous trouvons Louis Duret qui, né en 1527 à Beaugé-la-Ville, en Bresse, qui était alors sous la dépendance des ducs de Savoie (1), vint à Paris, connaissant parfaitement le grec et l'arabe, et fut le précepteur de Achille de Harlay. Ayant choisi Houlier comme directeur d études, Duret fut élevé au grade de licencié, le 30 juin 1552 et au grade de docteur le 12 septembre suivant.

En 1568, il fut nommé professeur de médecine au collège Royal, charge qu'il devait transmettre à son fils Jean Duret (né en 1563, mort en 1629).

Sa clientèle était des plus étendues; il fut médecin de Charles IX et de Henri III. Louis Duret mourut à Paris le 22 janvier 1586. On connaît ses méritoires commentaires sur le grand ouvrage de médecine pratique de Houlier, mais aussi ses commentaires abondants sur les prénotions coaques d'Hippocrate.

II. — René Chartier était né en 1572 à Vendôme ou, d'après Duval, dans une ville voisine, à Montoire.

(1) Sur le titre des commentaires de Louis Duret sur les prénotions coaques d'Hippocrate, Duret porte le qualificatif *Segusianus*.

Alors, je me suis demandé si ces colossales erreurs ne provenaient pas d'un lavage insuffisant du précipité de bitartrate de potasse. Pour m'en assurer, je fis passer sur le filtre environ 200 cc. d'eau fortement alcoolisée, en ayant soin de recueillir toutes les eaux de lavage. Voici quel fut le résultat de l'expérience :

Potasse d'après le poids de précipité de bitartrate.	3.537
Potasse réelle (dosage par le chlorure de platine).	1.412
Potasse contenue dans les eaux de lavage...........	0.037

Par conséquent, malgré l'entraînement par les eaux de lavage de 0,037 de potasse, il y a encore une erreur de 60 0/0 au préjudice du procédé sur lequel MM. Roger et Gaume fondent leurs appréciations sur la toxicité des sels de potassium !

Voici maintenant douze dosages de potasse effectués chez des diabétiques : les écarts ont varié de 8,3 à 61,7 0/0.

TABLEAU N° 3

DIABÉTIQUES

Procédé au bitartrate de potasse.	Potasse réelle.	Différence en plus pour le premier procédé.	Pourcentage de l'erreur.
2.894	2.652	0.242	8.3 0/0
0.892	0.763	0.129	14.4 —
1.287	1.046	0.241	18.7 —
1.593	1.241	0.352	22.1 —
2.915	2.047	0.868	29.7 —
2.776	1.809	0.967	34.8 —
3.871	2.458	1.413	39 —
3.090	1.582	1.508	48.7 —
4.518	2.142	2.370	52.4 —
1.994	0.876	1.118	56 —
3.184	1.219	1.965	61.7 —
6.308	2.434	3.874	61.7 —

Observation. — La potasse réelle est dosée en calcinant l'extrait sec de l'urine reprenant le résidu par l'eau bouillante, précipitant par l'acide tartrique et en calcinant le bitartrate obtenu.

Ce procédé est moins exact que le procédé du chlorure de platine.

Par conséquent, les causes d'erreur du procédé persistent même quand il s'agit d'une même maladie.

Alors pour écarter une dernière objection, celle de résultats comparables chez le même malade, j'ai dosé la potasse pendant plusieurs jours, chez une femme atteinte de maladie de Bright aiguë, en comparant le procédé vanté par MM. Roger et Gaume avec celui de M. Berthelot qui est également fondé sur la précipitation du bitartrate de potasse, mais en ayant la précaution de n'opérer que sur des cendres d'urine.

Les résultats sont consignés dans le tableau n° 4.

La première colonne représente la potasse calculée d'après le poids du précipité de bitartrate lavé avec 20 cc. d'eau distillée.

La seconde colonne représente la potasse calculée d'après le poids du précipité de bitartrate lavé avec 100 cc. d'eau distillée.

La troisième colonne donne le poids de la potasse obtenue par le procédé au bitartrate de M. Berthelot.

La quatrième colonne inscrit le poids de potasse trouvée en trop par le premier procédé.

La cinquième colonne donne le pourcentage de l'erreur commise.

TABLEAU N° 4

MALADIE DE BRIGHT AIGUE

Procédé au bitartrate — KHO après lavage avec cc.	Procédé au bitartrate — KHO après lavage avec cc.	Procédé de M. Berthelot — Potasse.	Différence entre le poids de KHO trouvé par les deux procédés.	Pourcentage de l'erreur.
2.748	2.366	2.288	0,078	3.2 0/0
3.039	2.855	2.686	0.170	5.9 —
1.925	1.649	1.511	0.138	7.7 —
3.437	2.991	2.734	0.257	8.5 —
3.807	3.235	2.913	0.322	9.8 —
3.901	3.580	3.002	0.578	16.1 —
1.838	1.257	9.998	0.260	20.6 —
3.098	2.570	1.728	0.842	32.7 —
4.474	3.187	2.126	1.061	33.2 —
3.932	3.485	2.303	1.182	33.9 —
3 960	3.197	2.050	1.144	35.8 —
5.508	4.803	2.491	2.412	49.1 —
8.455	7.652	1.620	5.022	78.8 —
8.024	7.366	1.26g	6.101	82.8 —

Dans cette dernière série, la plus grande fantaisie semble

Reçu docteur à Paris le 14 août 1608, il devint professeur de chirurgie et de pharmacie, et médecin ordinaire du roi en 1613. Quatre ans plus tard, il succédait en qualité de professeur de chirurgie au collège Royal à Etienne de La Font que ses infirmités avaient forcé à démissionner. Il mourut d'apoplexie le 29 octobre 1654. Ce fut René Chartier qui publia les commentaires de Duret sur les œuvres pratiques de Houlier.

III. — Didier Jacot, médecin d'Arles, d'après la préface de Valet au livre de Houlier, était né à Vendeuvre, dans la province du Maine. Il s'intitule en effet, *Vendoperanus medicus Arelatensis.*

IV. — Sur Antoine Valet, qui fut après Duret un commentateur sérieux de Houlier, je n'avais pu me procurer aucun renseignement, lorsque dans l'ouvrage récent du Dr Péry sur l'enseignement de la médecine à Bordeaux, j'ai trouvé le nom de Valletius Antoine (p. 92), comme ayant signé un diplôme en 1584. Dès 1577, Valet faisait un cours de chirurgie, et en 1636, il enseigna la pharmacie.

Il est bien question d'un Valet dans la dernière maladie d'Henriette d'Angleterre ; d'un Valet qui aurait exercé à Versailles (d'après la relation de Mme de Lafayette) et que beaucoup confondent avec Vallot qui rédigea l'acte d'autopsie de cette princesse (1).

V. — Jean Hautin ou Haultin, qui lui aussi vint greffer ses commentaires sur ceux de Duret et de Valet au livre de Houlier, était docteur à Paris en 1594.

D'après une note que nous trouvons dans le livre du Dr Le Paulmier sur Ambroise Paré (Paris 1885, p. 100.) Hautin ou Haultin était fils de Jeanne Beaulnis, remariée à Claude Huiselin, marchand et bourgeois de Paris. Hautin devint médecin de Henri IV. « Très lié avec Paré, il fut présent à l'incision des gencives de ses enfants, assista à l'accouchement de Mme Simon, sa fille, en 1599. Il paraît avoir été le véritable traducteur des œuvres de Paré en latin ; il mourut âgé, le 14 juin 1615 ». Dans le même livre du Dr Le Paulmier sur Ambroise Paré, à la page 351, nous lisons que Pierre Le Paulmier, passa sa vespérie sous Jean Hautin le 26 août 1596.

VI. — Quant à François Sauvin, qui était le possesseur des manuscrits de Hautin et en fut l'éditeur, nous savons seulement, par

(1) Voir l'article de Littré sur la mort d'Henriette d'Angleterre (*Médecine et Médecins*).

présider aux erreurs du procédé au bitartrate, puisque celles-ci ont oscillé entre 32, et 82,8 0/0 du poids obtenu, c'est-à-dire que dans quelques dosages, le poids réel de la potasse était cinq fois moins élevé que le poids calculé.

Devant de tels chiffres, on se demande comment MM. Roger et Gaume peuvent affirmer d'une manière si absolue l'exactitude du procédé de dosage qu'ils ont employé; et ce n'est pas sans une certaine stupéfaction qu'on entend ces auteurs assurer qu'ils l'ont comparé, à maintes reprises, avec la méthode classique et exacte du chlorure de platine.

En tout cas, la Société me paraît suffisamment éclairée sur la réalité du rôle toxique qu'ils attribuent dans leurs expériences aux sels de potassium.

II

Je ne veux pas conclure de ce travail que l'on s'est trop hâté de porter aussi haut la toxicité des sels de potassium : pour asseoir solidement cette opinion aujourd'hui subversive, il faudrait reprendre, en les contrôlant, les expériences de Feltz et Ritter, et celles de MM. Bouchard et Lépine; or, quelles que soient les objections que l'on puisse adresser à la méthode des injections intra-veineuses, je dois à la vérité de déclarer que ces expériences n'ont pas encore été sérieusement infirmées.

Mais j'incline à penser que les preuves chimiques de la toxicité des sels de potassium, c'est-à-dire les preuves fondées sur la plus ou moins grande quantité de ces sels trouvés dans les urines dont on détermine expérimentalement la toxicité, sont aujourd'hui fortement compromises; s'il en est ainsi, il est permis d'espérer que la toxicité des sels de potassium a été peut-être exagérée et que l'ostracisme dont la thérapeutique les frappe aujourd'hui ne sera pas éternel. En tout cas, il ne faudrait pas beaucoup de recherches de contrôle basées sur des procédés comme celui que je viens de discuter pour ruiner le dogme actuellement respecté de la toxicité des sels potassiques.

Mon maître M. Germain Sée ne soutient-il pas, d'ailleurs, que l'iodure de sodium est un médicament théorique et que la crainte des sels de potasse n'est pas justifiée par la pratique thérapeutique (1).

(1) Germain Sée. Des anévrysmes de l'aorte. (Bulletin de l'Académie de médecine, p. 575, 1888.)

III

Il reste encore un point à élucider : c'est de savoir la cause des énormes erreurs que comporte le procédé de dosage direct de la potasse dans l'urine à l'aide du bitartrate de potasse.

Ces causes sont multiples : je n'en examinerai qu'une, à titre d'exemple.

Si l'on examine au microscope, le précipité de bitartrate de potasse bien lavé, on trouve souvent des cristaux d'acide urique, et dans un très grand nombre de cas une quantité plus ou moins considérable de cristaux d'acide hippurique. Cet acide hippurique est, en effet, précipité par l'acide tartrique, et comme sa solubilité dans l'eau est très faible (1 partie pour 600 à 0°), il est presque impossible de l'entraîner par des lavages du précipité à l'eau, sans entraîner en même temps du bitartrate de potasse, lequel est, relativement, plus soluble.

Entre autres corps, le précipité renferme donc une notable quantité d'acide hippurique que l'on pèse comme du bitartrate de potasse, si l'on ne prend pas la précaution de calciner ce précipité.

Par conséquent, si l'on rencontre aux alentours de la défervescence de quelque cas de pneumonie, un précipité si volumineux quand on traite l'urine concentrée par l'acide tartrique, c'est vraisemblablement qu'il se produit à cette période, une décharge d'acide hippurique. J'ai constaté directement ce fait il y a longtemps, dans la scarlatine, et il suffit de se reporter aux tableaux I et IV pour s'assurer qu'il doit en être de même chez les individus soumis à une alimentation végétale, et chez quelques brightiques traités par le régime lacté. Dans ce dernier cas, le précipité de bitartrate de potasse doit entraîner aussi de l'albumine, ce qui explique les énormes écarts observés entre le dosage direct dans l'urine et le dosage dans les cendres de celle-ci.

L'élimination de l'acide hippurique dans les maladies a été peu étudiée jusqu'ici, mais j'ai réuni depuis plusieurs années les éléments d'un travail qui montre toute l'importance de cet élément et le parti clinique qu'on peut tirer de ses variations.

En résumé :

1° Il n'y a pas lieu de tenir compte de certains dosages sur lesquels on s'est fondé, en partie au moins, pour attribuer aux sels de potasse une puissance toxique prédominante et pour les éliminer de la thérapeutique.

2° Toutes les analyses faites à l'aide de la précipitation di-

---

le privilège du roy daté du 2 novembre 1662, qu'il était docteur en médecine et qu'il céda son privilège à Jacques Dallin, marchand libraire à Paris.

VII. Enfin nous devons aussi une mention à un médecin dont le *Traité sur les maladies puerpérales* a été annexé au livre de Houlier sous le titre : THERAPEIA PUERPERARUM.

J'ai cherché longtemps quelle était la patrie de Le Bon, qui s'intitulait *Heteropolitanus*; j'ai fini par découvrir qu'il était né à Antreville. Or en France il y a six villages qui se disputent le nom d'Autreville; en Lorraine, en Picardie, en Champagne etc. L'hésitation était permise lorsque j'ai fini par trouver, dans le supplément de la biographie Michaud (t. 71, p. 33), une notice de Chaussier et Adelon sur ce médecin, dans laquelle il est dit qu'il était né en Champagne, qu'après avoir été médecin du cardinal de Guise, il devint celui du roi Charles IX. Son traité de la *Therapeia puerperarum* fut dédié à Jean Liébault. Réimprimé souvent, il fut annexé d'abord en 1564 au livre de Houlier, puis en 1577 au *Thesaurus sanitatis* de Liébault. En 1589, il fut réimprimé dans la collection d'Israel Pachias à Paris. Sans parler des éditions de Gênes (1635) et de Francfort (1586), Le Bon a publié un grand nombre d'autres ouvrages ; il a écrit sur les eaux de Plombières, a fait des travaux d'érudition, divers ouvrages en vers, de la critique littéraire et jusqu'à une grammaire française.

Mais il est temps de terminer ici nos considérations sur Houlier sur ses œuvres, sur ses commentateurs, sur ses éditeurs et sur les médecins qui ont rattaché leurs travaux à l'œuvre du médecin d'Étampes. Aussi bien n'était-ce pas inutile de montrer combien grande avait dû être l'action de Houlier sur les médecins contemporains et sur ceux du siècle suivant? Mais l'oubli allait venir, oubli trop complet, car la Roche Tarpéienne n'a pas cessé d'être proche du Capitole.

Qui oserait nous en vouloir d'être allé remuer ces cendres éteintes et d'en avoir retiré une figure qui a gardé de sa valeur.

La justice est de tous les temps,
Ne jetons pas aux vents les cendres des aïeux,

a dit je ne sais plus quel poète. Sachons donc rendre nos hommages à ceux qui les ont mérités, pour si effacé que soit leur souvenir dans l'histoire de notre science médicale.

Dr ALBERTUS.

recte de la potasse dans l'urine à l'état de bitartrate de potasse sont nulles et non avenues.

3° Entre autres inconvénients, ce procédé a celui de confondre avec des décharges de sels de potasse, les décharges d'acide hippurique que j'ai signalées, aux périodes de défervescence, dans quelques maladies aiguës.

REVUE GÉNÉRALE

DES MANIFESTATIONS INFECTIEUSES EXTRAPULMONAIRES DE LA PNEUMONIE. CONTAGIOSITÉ DE LA PNEUMONIE.

Par le Dr Henry BARBIER.

Suite (1).

II

CONTAGION DE LA PNEUMONIE.

A une époque, — et il n'y a pas encore bien longtemps — où la pneumonie était regardée comme le type des maladies inflammatoires simples, l'idée seule de la contagion aurait provoqué autant d'étonnement que de dédain. Mais les recherches et les trouvailles scientifiques, ont toujours en dehors de leur importance propre, une portée dont on ne peut parfois à l'avance soupçonner l'étendue. Elles ont tout au moins un effet immédiat, c'est d'ouvrir les yeux des médecins sur des faits qu'ils n'avaient pas pu ou pas voulu voir, de peur d'effaroucher leur doctrine actuelle.

L'idée de contagion de la pneumonie, avait dit Grisolle, est une idée insoutenable. Et la pneumonie semblait tenir solidement le premier rang parmi les maladies *a frigore*. Mais voici que l'origine zymotique de la pneumonie se soupçonne, se découvre; des particularités d'allure qui sentent leur épidémie se révèlent tout à coup : certains médecins signalent des coexistences singulières de pneumonie dans une même famille, dans une maison : on n'en est plus à la conception vague et chimérique du germe épidémique, et voilà que lentement surgit l'idée de la contagion possible, du virus pneumonique. L'idée d'Andral et de Grisolle avait vécu.

Cependant cette idée comme toutes les idées nouvelles n'était pas acceptée sans résistance, et peut-être les arguments ne sautaient-ils pas aux yeux de tout le monde. Cependant Jurgensen, Barth, Sée (2) soupçonnaient déjà la contagion de la pneumonie et comme le disait M. Sée, elle est sinon prouvée, du moins extrêmement probable.

Les médecins lyonnais signalaient parmi les premiers des cas bien avérés de contagion pneumonique. Dans plusieurs relations d'épidémie ils ont eu le mérite de bien mettre en évidence la succession des pneumonies qui se sont montrées à la suite d'un cas de cette maladie et uniquement chez les personnes qui entouraient le malade, soit que ces personnes lui donnassent des soins continuels, ou vécussent dans son milieu, soit qu'elles aient été admises simplement auprès du malade à titre de visiteurs.

D'après ces relations très consciencieusement étudiées, la pneumonie se révèle non seulement comme une maladie dont la contagion est possible, mais comme une maladie dont la transmissibilité est redoutable surtout lorsqu'il s'agit de gens faibles, débilités, vieillards ou cachectiques.

Je ne puis passer sous silence ici, les faits qui ont été signalés à la Société de médecine de Lyon par M. *Rondet* (1) et ceux qui ont été publiés par M. le Dr *Blanc* (2), ces relations nous serviront pour ainsi dire d'introduction pour arriver au travail de Netter, qui, s'appuyant surtout sur des faits empruntés à la littérature étrangère, et en particulier à la littérature médicale suédoise a étudié avec grand soin et la contagiosité de la pneumonie, et les conditions qui en conservent le germe et en favorisent l'éclosion.

Voyons d'abord les faits rapportés par M. *Rondet*. Il s'agit d'une épidémie dans un village où toutes les conditions pour suivre l'éclosion des cas qui se sont succédés étaient réunies et où les relations de voisinage des habitants entre eux, en dehors de toute intervention étrangère pouvaient être suivies et observées (3).

Le premier cas de pneumonie eut lieu le 29 mars, il frappa le garde de la commune qui eut une pneumonie typique et qui guérit. Voilà le point de départ :

Ce garde habite dans une maison où il y a une école. Or le 9 avril, le Dr Rondet est appelé pour donner ses soins à une fillette de 8 ans, *qui fréquentait cette école. Elle a une pneumonie* qui guérit en 8 jours.

A partir de cette époque les cas nouveaux vont se succéder et précisément dans l'entourage de cette enfant,

Le 13 avril, sa sœur aînée âgée de 15 ans prend le lit avec tous les signes d'une pneumonie droite.

Le lendemain 14, la grand'mère de ces deux enfants *qui leur avait donné des soins* tombe malade à son tour et meurt le 19 d'une pneumonie.

Le 21, le frère de cette deuxième, qu'il avait assistée dans ses derniers moments tombe à son tour malade et meurt le 26 de la même maladie.

Le 24, un des cousins de la même malade, morte le 19, qui, lui aussi était venu la voir pendant sa maladie, et qui avait longtemps séjourné dans la chambre de deux fillettes primitivement atteintes, est victime à son tour et meurt le 28 avril.

Voilà en résumé, dans l'espace de 20 jours, du 9 avril au 29, *cinq cas* successifs de pneumonie dans une même famille chez des personnes ayant été en rapport avec des pneumoniques et sur lesquels il y a 3 morts :

Mais ce ne sont pas les seuls cas observés dans le village par M. Rondet.

Le 29 avril, il pouvait constater un nouveau cas de pneumonie chez une fillette qui fréquentait l'école sus indiquée. Deux autres cas se montrèrent également dans le village, *non loin du précédent*, mais sans qu'il y ait eu de rapports de voisinage entre les malades de la série précédente et le dernier.

Mais, pour clore la série, l'institutrice elle-même tombe malade. Or, non seulement elle donne ses leçons dans la maison d'école où séjourné le premier malade, mais elle y habite et de plus, elle avait souvent rendu visite à ses élèves atteintes par la maladie.

Les faits signalés par M. Rondet sont des plus intéressants et des plus démonstratifs. Sur les neuf cas de pneumonies que nous venons de signaler, il en est sept au moins qui se sont montrés que chez des sujets soit appartenant à une famille dans laquelle il y a un malade, soit ayant rendu visite à des pneumoniques et ayant séjourné auprès d'eux.

La relation de l'épidémie du dépôt de mendicité d'*Albigny* (4) n'est pas moins curieuse.

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Sée. Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon.

(1) Rondet. Comptes rendus de la Société nationale de médecine de Lyon, 1887.

(2) Dr Blanc. De l'épidémie et contagion de la pneumonie. Lyon, 1887.

(3) Epidémie de Plaurieu-s-Saône. Loc. cit. Rondet.

(4) Rondet. Loc. cit., 1887.

Du 10 novembre 1886 à la fin d'avril 1887 période de temps qui représente la durée de l'épidémie, M. le Dr Rondet ne releva pas moins de soixante-neuf cas de pneumonie sur un total de 637 détenus.

Dans ce milieu où la population est plus dense, il n'a pas été possible comme dans la relation précédente de suivre pas à pas la relation de l'épidémie. Néanmoins l'étude attentive qu'en a fait M. Rondet et l'analyse exacte de la marche des accidents, permettent d'éliminer toute interventon épidémiologique ou climatologique; car certains quartiers de la maison de mendicité furent frappés du moins au début, à l'exclusion des autres.

La maladie se confine d'abord dans le quartier des hommes et ce n'est qu'après avoir fait 13 victimes chez ces derniers, 38 jours après son début, qu'elle apparaît chez les femmes. Ce sont là, dit M. Rondet des faits indéniables de contagion. Car en effet, si les deux sexes sont séparés, cependant les exigences du service amènent de nombreux contacts entre les deux divisions. De plus, 12 *malades infirmes* ont pris la maladie *dans leur lit*, enfin 2 infirmières et 3 infirmiers ont été frappés en donnant leurs soins aux malades atteints de pneumonie.

L'histoire des épidémies de prison de Lyon (1) renferme également des faits démonstratifs.

En février 1886 débute dans les prisons Saint-Paul et Saint-Joseph à Lyon, une épidémie de pneumonie qui dura jusqu'au mois de mai frappant 20 personnes sur 600 détenus.

Les principaux caractères de cette épidémie méritent qu'on s'y arrête.

La maladie s'est localisée uniquement chez les hommes, laissant absolument indemne le quartier des femmes, et frappant surtout les sujets de la prison Saint-Joseph. *Or, il n'y a aucune communication entre le département des hommes et les salles de détention des femmes.*

Mais d'où venait l'épidémie; d'après les renseignements fournis le premier cas serait venu de dehors. Au mois de décembre 1885 était entré directement à l'infirmerie un nouvel arrivant, qui y serait mort au bout de 4 jours de pneumonie.

En janvier 1886 deuxième cas chez un prisonnier amené le 8 et qui tombe malade le 10. Le troisième cas eut lieu au mois de février, et à partir de ce moment l'épidémie se développa avec une intensité de plus en plus grande et avec une sévérité particulière, jusqu'au moment où les mesures de désinfection des locaux furent rigoureusement exécutées. A partir de ce moment il n'y eut plus que 2 décès.

A côté de cette épidémie qui frappe les habitants mâles d'une même prison, M. le Dr Blanc relève des faits beaucoup plus démonstratifs de contagion. C'est ainsi qu'un médecin, le Dr Pernot, meurt de pneumonie. Ses parents qui sont venus à Lyon pour le soigner, tombent eux-mêmes malades au bout de quelques jours et succombent.

En 1887, il y eut de nouveaux cas de pneumonie dans la prison. Un nouvel arrivant est admis à l'infirmerie: il s'y trouve un malade atteint de pneumonie. Il prend la maladie et en meurt. Sa literie va à la buanderie, et le buandier revient quelques jours après avec un point pneumonique à gauche.

Une épidémie semblable à celle des prisons Saint-Paul et Saint-Joseph, fut observée la même année à la Maison centrale d'Albertville (2).

Au Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences en 1886 (3), M. Lancereaux a communiqué le résultat de ses observations. On se rappelle, en effet, qu'à ce moment une épidémie de grippe compliquée de pneumonie, sévit à Paris avec une remarquable intensité. Dans une même salle du service de M. Lancereaux on vit se développer presque simultanément six cas de pneumonie qui se terminèrent par la mort. La présence des pneumocoques, même en dehors du poumon, ne laisse aucun doute sur la nature de ces manifestations pulmonaires. Mais il s'agit ici de pneumonies grippales; et la question des rapports de la grippe et de la pneumonie nous entraînerait un peu trop loin du sujet de ce chapitre qui ne veut être consacré qu'à la contagion de la pneumonie simple. Nous nous rappelons cependant, pendant la durée de cette épidémie de grippe, avoir observé de nombreux cas de pneumonie intérieure dans le service de M. le Dr Millard, dont nous avions l'honneur d'être l'interne. Les cachectiques, les vieillards, les hépatiques. les leucocythémiques, furent frappés de préférence. Le perruquier de l'hôpital lui-même qui faisait son service dans les salles, fut atteint de pneumonie et mourut.

Mais, je le répète, ce sont des faits de pneumonie dans le cours de la grippe, et bien que dans son excellente thèse, mon collègue et ami Ménétrier (1) ait montré que la grippe et la pneumonie étaient deux affections qui s'appelaient l'une l'autre il est vrai, mais différentes, et bien que la contagion soit aussi probante dans le cas de pneumonie grippale, où elle est favorisée, que chez les individus sains, nous laisserons cependant de côté cette question qui nous entraînerait beaucoup trop en dehors du cercle que nous nous sommes tracé.

Les observations que je viens de passer en revue, ne sont pas les seules qui aient été publiées comme preuves en faveur de la contagiosité de la pneumonie. Elles mettent cependant un fait bien en lumière, c'est que la pneumonie, maladie infectieuse, peut sévir épidémiquement, et frapper par simple contact avec un pneumonique, un individu sain. Mais elles laissent nombre de desiderata. Quelles sont les conditions de réceptivité, quelle est la virulence, quelles sont les conditions de virulence du contage, ou celles de l'atténuation? Comment se fait la contagion et à quel moment?

C'est à résoudre scientifiquement cette question que M. Netter (1) s'est appliqué dans un mémoire récent. Si, dit-il, la contagiosité de la pneumonie a été si longtemps méconnue, cela tient à sa fréquence, ce qui rend difficile la recherche de l'origine de la contamination, cela tient à ce que l'organisme doit être *en réceptivité* soit à la suite d'un coup de froid, soit après une cause quelconque.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CANCER DE L'ŒSOPHAGE. GANGLIONS SUS-CLAVICULAIRES. GASTROSTOMIE. MORT, par Félix LEGUEU, aide d'anatomie à la Faculté. interne des hôpitaux.

Depuis quelques années, la question de l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements de l'œsophage est à l'étude. S'il est définitivement établi que la gastrostomie appliquée aux rétrécissements cicatriciels donne d'excellents résultats, il n'en est plus ainsi de la même opération, dans les rétrécissements cancéreux. La gastrostomie, pour cancer de l'œsophage, est attaquée à juste titre; les résultats qu'elle donne restent

(1) Relation des épidémie de prison à Lyon. Lyon, 1886. D. Blanc.
(2) Dr Blanc. Loc. cit.
(3) Comptes rendus. Nancy, 1886 et in Arch. gén. de méd., 1886, t. II, p. 257.

(1) Grippe et pneumonie en 1886, th. doct. Paris 1887, P. Ménétrier.
(2) Netter. Contagion de la pneumonie, Arch. de méd., 1888.

déplorables, et Lagrange, dans son mémoire de la *Revue de chirurgie*, de 1885, concluait que cette opération devait être bannie, en règle générale, de la thérapentique des cancers de l'œsophage. Depuis lors, on a pnblié bien d'autres observations, qui sont vennes s'ajouter à la liste déjà longue des insuccès après la gastrostomie; ces faits ont d'antant plus d'importance aujourd'hui que la question du tubage de l'œsophage vient à son tonr d'être posée d'une manière très nette par Renvers et par Symond, à l'étranger. M. Kirmisson, dans la séance de l'Académie de médecine du 3 juillet dernier, apportait denx nouveaux faits heureux de sonde à demeure. Dans ces conditions, n'est-il pas important d'apporter au procès toutes les pièces qui peuvent en faciliter la solution; les cas malheureux de gastrostomie plaident indirectement en faveur de la sonde à demeure ou du tubage de l'œsophage; c'est pourquoi nous avons crn intéressant de pnblier une observation de gastrostomie sans succès, que nous avons pu recueillir dans le service de notre maître, M. Le Dentn, et dont voici le résnmé :

Le nommé B..., âgé de 59 ans, employé, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, dans le courant du mois de mai 1887.

Son père est mort d'un cancer de l'estomac à l'âge de 65 aus; sa mère a succombé à l'âge de 63 ans d'une affection dont il ne peut préciser la nature.

Lui-même a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'à ces derniers temps. Il y a trois mois, en effet, et d'une façon toute fortuite, il s'aperçoit d'une petite tumeur au-dessus de la clavicule du côté droit. Cette petite tumeur, du volume d'un pois tout au plns est exactement située à la partie inférieure du creux susclaviculaire, en arrière dn bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. D'abord complètement indolente, elle ne tarda pas à devenir douloureuse à la pression, en même temps qu'elle augmentait insensiblement de volume; elle devenait le centre d'irradiations douloureuses dans le côté droit de la poitrine et dans le membre supérieur du côté correspondant.

De plus, le malade commençait à ressentir une certaine gêne dans la déglutition. Faible d'abord, puis bientôt plus pénible cette gêne se manifeste seulement quelques secondes après le passage du bol alimentaire à l'isthme du gosier, et le malade sent les aliments, surtout les solides, comme s'arrêter *à moitié chemin*. Souvent après quelques instants d'une gêne croissante, les aliments sont rejetés sans effort et comme par expuition. Aussi le malade s'est-il imposé déjà depuis longtemps une alimentation exclusivement liquide (lait, bouillon, etc.).

Le cathétérisme de l'œsophage conduit à un rétrécissement siégeant dans la partie inférieure, à 30 ou 33 cm. des arcades dentaires. L'état général est très bon; le malade a conservé toutes ses forces. Malgré cet état satisfaisant, la présence d'une adénite sus-claviculaire permet de snpposer cancéreux le rétrécissement de l'œsophage.

A partir de cette époque, il est recommandé au malade de venir régulièrement se faire passer la sonde œsophagienne deux fois par semaine. La dilatation fut faite avec prudence et lenteur, il fut impossible de dépasser le n° 24 de la filière Charrière.

L'affection cependant semblait évoluer lentement : l'état général restait satisfaisant, l'appétit excellent; le malade s'alimentait très bien avec du lait, des bouillons, de la poudre de viande. Les douleurs de déglutition étaient peu vives; tout au plus quelques élancements dans le bras droit, qui est légèrement augmenté de volume. La tumeur sus-claviculaire est, elle aussi, un pen plus grosse, et la région présente un pen d'empâtement.

Sur ces entrefaites, nous perdons de vue le malade qui quitte le service; nous le revoyons presque un an après.

B... revient en effet au mois de juin de 1888 dans le service de M. Le Dentu, et il est admis salle Cloquet, n° 35. Sa maigreur est extrême, son affaiblissement très prononcé; il a l'air de mourir plutôt d'inanition que de cachexie : il ne prend en effet aucun aliment, il vomit tout et instantanément. Son ganglion fait dans la région sus-claviculaire une saillie très notable; la clavicule y adhère par sa face postérieure et la pean semble elle-même faire corps avec la tumeur et menace de s'ulcérer. En dehors de cela, pas de généralisation viscérale : les principaux organes sont, ou paraissent sains.

On prescrit des lavements de peptone et des injections sous-cutanées d'éther; la gastrostomie est décidée pour le lendemain.

8 juin. Chloroforme, incision parallèle aux fausses côtes gauches suivant le procédé de Labbé-Verneuil. Le péritoine pariétal incisé, on aperçoit l'estomac rétracté et caché profondément sous le diaphragme. Il est facilement reconnu, attiré au niveau de la plaie et fixé par seize points de suture. Pansement antiseptique.

Soir T. 36°,4. Pouls 60. On continue les injections d'éther. Deux lavements de peptone à quatre heures de distance.

Le 9. T. 36°,2. Pouls 56. L'affaiblissement est très prononcé : le malade ne peut plus proférer une seule parole.

La paroi stomacale est incisée au niveau de la plaie et on y installe une sonde à demeure.

Dans la journée on commence l'alimentation par la sonde stomacale : injection en plnsieurs fois d'un demi-litre de lait.

Soir, T. 36°,2. Pouls, 56.

Le 10 juin. Coma. T. 36°,8. Pouls 70.

Soir. T. 36°. Pouls 60.

Le 11. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. — La fistule stomacale siège au bord inférieur du viscère, mais très près du pylore : déjà des adhérences se sont établies suffisantes pour empêcher le passage des matières alimentaires dans le péritoine; pas trace de péritonite.

L'œsophage dans toute sa partie inférieure est envahi par une masse cancéreuse, qui a oblitéré son calibre; la muqueuse, la paroi tout entière est dégénérée, et la lésion a évolué même au dehors du conduit œsophagien, qui se trouve adhérent à l'aorte d'une part, et d'autre part auhile du poumon droit. A ce niveau les ganglions bronchiques sont manifestement altérés.

A la partie supérieure de l'œsophage, on peut sentir sous la muqueuse encore intacte une infiltration néoplasique, en voie d'évolution, et se manifestant sous forme d'une plaque d'induration presque circulaire.

En arrière du sternum, et jusqu'à la base du cou, quelques ganglions erratiques semblent dégénérés. Dans le creux sus-claviculaire droit, on trouve un ganglion, du volume d'une orange, ramolli à son centre, adhérent en avant à la clavicule Celle-ci est même altérée, au point qu'elle se fracture en son milieu par le fait seul des manœuvres légères nécessitées par sa désarticulation, En bas le ganglion adhère au sommet du poumon droit, dans lequel il existe un noyau cancéreux, sans tubercules. Les autres viscères sont sains : on trouve seulement quelques ganglions malades autour du tronc cœliaque.

Un premier point nous paraît spécial dans notre observation, c'est l'existence de ce ganglion sus-claviculaire primitif. Quoi qu'en dise Lacour (th. 1881), l'engorgement ganglionnaire n'est pas rare dans le cancer de l'œsophage. Très souvent les ganglions du médiastin, du cou et des régions sus-claviculaires (plus sonvent du côté gauche) sont atteints, mais ils le sont secondairement, progressivement et presque toujours; les ganglions sus-claviculaires ne sont envahis que dans les périodes ultimes. Dans notre cas, an contraire, le ganglion est survenu avant tonte autre manifestation appréciable du cancer; il y a eu primitivement engorgement ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire dès le début, et à une époque où les autres ganglions intermédiaires étaient encore indemnes ou à peu près. Il y a eu là en somme, une véritable

propagation à distance, une de ces adénopathies externes éloignées, qu'on observe souvent dans le cancer viscéral et dont Belin n'a pourtant trouvé qu'un cas bien net dans l'œsophage. Est-il besoin de faire ressortir l'importance de ce ganglion primitif, pour le diagnostic de la nature d'un rétrécissement à ses débuts, alors qu'à cette époque rien dans l'état général, encore très satisfaisant, ne pouvait laisser supposer la nature maligne de l'affection ?

Le deuxième point à relever a trait à la gastrostomie. Lorsque le malade est revenu nous voir après une absence prolongée, pendant laquelle il n'avait suivi aucun traitement, il y avait aphagie absolue ; l'amaigrissement était très prononcé, l'affaiblissement extrême et les conditions de l'intervention étaient bien défectueuses. Aussi n'est-ce qu'à contre-cœur que M. Le Dentu se décida à pratiquer la gastrostomie, seule opération possible dans les conditions où se trouvait le malade, qui serait infailliblement mort de faim dans les jours suivants. Cette considération à elle seule légitimait une intervention, qui n'avait pour avantage, que de donner au malade quelques chances de survie. La mort cependant est survenue très rapidement : elle est survenue sans aucune complication et comme cela s'observe presque toujours dans ces cas, il y a eu mort par inanition, par collapsus progressif.

En eût-il été de même si l'opération avait été faite beaucoup plus tôt, alors que la lésion, moins avancée, était encore à peu près localisée à l'œsophage, alors que la déglutition encore possible permettait au malade une alimentation presque suffisante ? C'eût été alors la gastrostomie précoce, telle qu'on la pratique beaucoup en Angleterre. Cette opération, en France, n'a pas trouvé beaucoup de partisans : elle est en effet inutile alors que l'aphagie n'est pas absolue ; et tant que les malades peuvent avaler encore quelque aliment, ils se refusent toujours à une intervention qui a pour but de détourner les aliments de leur cours naturel. L'avantage qu'on a voulu reconnaître à ce procédé de supprimer toute irritation à la surface d'un cancer ulcéré, en se basant par analogie sur l'irritation que les matières fécales exercent sur les parois rectales cancéreuses, est absolument théorique, et nous pouvons dire que dans le cas qui nous occupe, comme dans bien d'autres, la gastrostomie précoce était hors d'à-propos, elle était inutile : une seule opération restait possible, la gastrostomie in extremis, opération presque fatalement mortelle, sinon par elle-même, du moins par les circonstances qui l'accompagnent.

Cette conclusion, opération inutile d'un côté, opération dangereuse de l'autre, ne prouve-t-elle pas jusqu'à l'évidence la nécessité de s'arrêter à un autre procédé, qui n'aurait ni les inconvénients de la gastrotomie précoce ni les dangers de la gastrostomie tardive ? La méthode de la sonde à demeure et mieux encore le tubage de l'œsophage semblent *a priori* répondre à ce desideratum : le tubage surtout permet au malade de continuer son alimentation par les voies naturelles, ce qui est de la plus haute importance au point de vue du moral. Nul doute, que lorsqu'on aura trouvé le moyen de fixer sûrement la canule œsophagienne de Renvers, ce procédé ne devienne pour un bon nombre de cancers de l'œsophage, la méthode la plus conforme au but que l'on se propose, la méthode de choix.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE.

I. SUR L'ARÉCOLINE, PRINCIPE TOXIQUE DE L'ARECA, par M. MARMÉ. *Nachrichten der Königl. Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen* 1889, n° 7.

II. SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU FLUORURE DE SODIUM, par le Dr TAPPEINER, *Archiv für experim. Pathologie und Pharmak.* T. XXV. fasc. 3, 4. p. 203.

III. RECHERCHES SUR L'ACTION DU FLUORURE DE SODIUM ET DE L'ACIDE FLUORHYDRIQUE, par le Dr SCHULZ, *Ibidem* p. 326.

IV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS INSOLITES DE L'IODE (iodure de potassium), par L. MALACHOWSKI. *Therapeutische Monatsufte* 1889, fasc. 4, p. 162.

I. — M. JAHNES a isolé des graines de l'arec (palmier) trois alcaloïdes, dont deux l'arécaïne et l'arécoline, ont été étudiés par M. Marmé au point de vue de leurs propriétés physiologiques.

L'arécaïne est dépourvue de propriétés toxiques ; contrairement à ce qui a lieu pour l'arécoline. Cette dernière, administrée en injections sous-cutanées, a tué des lapins adultes à la dose de 25 à 50 milligrammes, et des chats à la dose de 10 à 20 milligrammes. Les chiens ont résisté quelquefois à une dose de 50 à 60 milligrammes ; les pigeons et les poules sont tués par des injections de 10 à 15 milligrammes.

Par ses effets physiologiques, l'arécoline se tient entre la pelletiérine et la muscarine. Elle agit à la façon de la première sur le cerveau, la moelle et les muscles striés, et à la façon de la seconde sur le nerf vague, la respiration, l'iris, l'intestin et les organes sécréteurs : de plus, on prévient ou on supprime ses effets par une injection préalable ou consécutive d'atropine. L'arécoline, comme la pelletiérine, n'exerce pas sur les terminaisons intra-musculaires des nerfs moteurs, l'action paralysante du curare. A l'instar de la pelletiérine, l'arécoline tue les parasites intestinaux, mais la dose toxique mortelle est beaucoup plus faible pour le second de ces alcaloïdes que pour le premier ; elle est beaucoup plus forte que pour la muscarine.

En somme, ce nouvel alcaloïde présente un intérêt purement toxicologique.

II. — M. TAPPEINER constate que les fluorures ont jusqu'ici fort peu attiré l'attention des pharmacologistes. Seul Rabuteau, en France, en avait fait l'objet d'une importante étude expérimentale (Paris, 1872). M. Tappeiner a repris ses recherches, et voici les résultats qu'il annonce relativement aux effets physiologiques du fluorure de sodium chez les mammifères : Administré à l'intérieur à la dose de 0,50 centigr. par kilogr. de poids corporel, ou à la dose de 0,15 centigr. par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse, le fluorure de sodium engendre un état de torpeur et de faiblesse, qui est surtout l'expression d'une paralysie des centres vaso-moteurs. Les autres effets consistent dans des mouvements convulsifs, tantôt limités à l'un ou l'autre membre, tantôt généralisés, revêtant le caractère du type épileptiforme. Ces mouvements convulsifs affectent une intensité variable. Ils ont leur point de départ dans la moelle et dans les centres encéphaliques. Il se produit, en outre, une paralysie des centres vaso-moteurs, une accélération des mouvements respiratoires qui gagnent en profondeur une paralysie consécutive, des vomissements, un flux urinaire et lacrymal que n'enraye pas l'administration de l'atropine, une rigidité cadavérique précoce.

III. — M. SCHULZ a également étudié les effets physiologiques du fluorure de sodium, et ceux de l'acide fluorhydrique, et il a résumé dans les conclusions suivantes les résultats obtenus :

Introduit sous la peau à l'état de sel de sodium, le fluor exerce sur le cerveau et sur la moelle une action paralysatrice manifeste.

Il exerce sur la moelle une action qui s'iradie vers la périphérie, et qui consiste dans une excitation spéciale des muscles striés, caractérisée par des tremblements et de fortes secousses agitant certains groupes de muscles. Le résultat final est une paralysie musculaire avec rigidité manifeste de la substance contractile, chez les animaux à sang froid surtout.

Il se produit, en outre, une dyspnée attribuable, selon toute apparence, à l'action que le fluor exerce sur les muscles respirateurs.

Un autre effet consiste dans un flux salivaire profus, et dans une hypérémie rénale avec albuminurie.

Chez les animaux empoisonnés par le fluorure de sodium, le cœur continuait de battre, alors que l'animal paraissait avoir cessé de vivre; quelquefois on a noté des ruptures vasculaires, des suffusions sanguines dans la muqueuse de l'estomac et dans le tissu pulmonaire.

L'injection prolongée *per os* de petites quantités de fluorure de sodium n'a donné que des résultats très incertains ; Rabuteau n'avait pas observé de résultats du tout.

Inhalé pendant des journées entières par des chats, l'acide fluorhydrique n'a pas produit d'effet nuisible, même quand il était mélangé à l'air, en proportions suffisantes, pour attaquer le verre. Les effets généraux observés dans ces conditions sont les mêmes que ceux qu'on observe, au début, du côté du système nerveux central, à la suite de l'injection sous-cutanée de petites doses de fluorure de sodium ; seulement l'accoutumance est prompte à s'établir.

IV. Chez un premier sujet, M. Malakowski a observé comme effet insolite de l'iodure de potassium administré à l'intérieur, des phénomènes de paresthésie. C'était chez un étudiant en médecine, qui se traitait par l'iodure de potassium, pour une gomme récidivante de la tête. Au bout de huit jours de traitement, le sujet ressentait, dans les jambes, des sensations de fourmillements et d'engourdissement analogues à celles qu'on provoque par la compression du cubital au coude. Ces sensations disparaissaient quand le malade était couché dans la position horizontale. Ils étaient atténués par les mouvements des membres inférieurs. On suspendit l'administration de l'iodure de potassium ; 12 heures plus tard il s'était produit une amélioration manifeste, et en l'espace de 36 heures, les phénomènes de paresthésie s'étaient complètement dissipés.

Chez un autre malade, un homme de 40 ans, emphysémateux, affecté d'une bronchite sèche, sans fièvre, on avait prescrit une dose quotidienne de 2 gr. d'iodure de potassium. Trois jours après, le malade était pris de frissons et d'un mouvement fébrile (39°,3), avec accélération du pouls (39° à 110). Malgré les résistances du malade, on continue l'administration de l'iodure, la température fébrile se maintient entre 39 et 40 degrés; les signes du catarrhe bronchique avaient disparu.

On suspendit la médication, et la température descendit rapidement à son degré normal.

Même phénomène chez un ouvrier de 20 ans, qui était entré à l'hôpital sans fièvre, sans signes d'une affection organique.

On fit prendre au malade une dose quotidienne de 1 gramme d'iodure de potassium ; au bout de quatre jours, il avait du frisson, du malaise, et la température corporelle s'éleva pendant la nuit à 40°9; l'examen des différents organes ne donnait aucune explication de ce mouvement fébrile. On suspendit le traitement, et la température interne descendit rapidement à son niveau normal. Huit jours après, on fit reprendre au malade de l'iodure de potassium, et cette fois la température interne ne fut pas modifiée.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MYOSITE INFECTIEUSE PRIMITIVE par M. BRUNON. (Thèse de Paris.)

La myosite, ou inflammation du muscle a été pendant longtemps méconnue comme entité morbide. Il n'était question que d'abcès musculaires rattachés d'abord par les uns au rhumatisme, considérés plus tard par les autres comme une manifestation de la diathèse purulente, étudiés ultérieurement par Cruveilher sous le nom d'apoplexie musculaire, sans rapport avec le scorbut mais s'accompagnant de symptômes graves. Enfin, l'inflammation du muscle est désignée sous le nom de myosite. Ce terme reste pendant un certain temps synonyme d'inflammation banale. On distingue peu après une myosite dans les maladies infectieuses et en dernier lieu on cherche à établir le type de la myosite infectieuse primitive qui nous occupe.

En dehors des myosites traumatiques et des myosites secondaires consécutives soit aux maladies fébriles, soit aux diathèses, soit aux cachexies, il existe en effet une maladie générale infectieuse dont la manifestation locale est précisément une myosite. Au point de vue pathogénique, l'infection est ici la cause première, l'effort musculaire, la cause occasionnelle et le surmenage la cause prédisposante. L'affection revêt cliniquement trois formes : subaiguë, n'éveillant qu'une réaction faible; aiguë, dans laquelles les symptômes graves du début peuvent s'amender ; suraiguë ou maligne, la mort survenant en quelques jours.

Aux observations rapportées par M. Brunon dans son substantiel et remarquable mémoire on peut joindre une observation non moins intéressante publiée par M. Véron en juin dernier dans nos « Archives de médecine militaire » pour montrer que la myosite infectieuse primitive est une maladie générale bien définie par son étiologie propre, par ses symptômes et sa marche déterminés, par sa gravité ou sa bénignite particulière, par son anatomie pathologique enfin et qu'elle a les plus grands liens de parente avec l'osteomyélite.

Le traitement a peu d'action sur la myosite infectieuse primitive. Il ne peut guère être que prophylactique. On doit s'adresser à l'hygiène pour barrer la porte de l'organisme à l'invasion des microbes pathogènes qu'il reste à déterminer.

OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE D'EMBLÉE. DIAGNOSTIC AVEC LES OSTÉOSARCOMES, par A. DEMOULIN. (Thèse de Paris.)

Le terme ostéomyélite a aujourd'hui une signification beaucoup moins restreinte qu'il y a quelques années et veut dire autre chose qu'une inflammation centrale de la moelle des os longs. Cela tient à ce que les diverses parties constitutives du tissu osseux ont entre elles des connexions si étroites qu'elles ne peuvent être le siège exclusif d'un travail inflammatoire. Baignées de toutes parts par la moelle, c'est la moelle qui s'en-

flamme primitivement, les lésions des corpuscules des os et du périoste fibreux étant toujours consécutives. Aussi l'ostéomyélite semble-t-elle appeler à supplanter l'ostéite décrite jusqu'à ce jour.

Il ne saurait être question dans le présent travail ni de l'ostéomyélite aiguë, ni de l'ostéomyélite chronique résultant d'une ostéomyélite aiguë de la période de croissance: ces deux affections sont connues ainsi que celle récemment décrite par Trélat sous la dénomination d'ostéomyélite insidieuse ou premier stade de l'osteite tuberculeuse. Ce que l'auteur cherche à démontrer, c'est qu'il existe une ostéomyélite chronique d'emblée ne reconnaissant pas toujours comme cause l'ostéomyélite aiguë. Quelque rare que soit l'affection, elle se caractérise cliniquement par des douleurs sans caractères spéciaux et sans siége précis, mais que le repos calme ; par un gonflement osseux diaphysaire parfois considérable et surtout par une fracture spontanée qui est souvent le premier symptôme observé. La lésion consiste en une nécrose éburnée diaphysaire, en l'apparition d'un os périostique nouveau recouvrant l'os mort. Grave dans son pronostic, la maladie exige presque toujours le sacrifice du membre intéressé.

L'ostéomyélite chronique d'emblée est d'un diagnostic fort difficile. Des symptômes observés ont pu faire croire à l'existence d'un ostéosarcome. Mais ce dernier évolue plus rapidement, occasionne des douleurs que le repos ne peut atténuer, ne donne pas lieu à un gonflement osseux reproduisant la forme de l'os, sa consistance n'est pas uniformément dure et enfin on ne constate pas sur un os superficiellement placé l'existence de stalachites osseuses. Et si le diagnostic ne peut être établi on doit en appeler aux résultats fournis par la trépanation.

A signaler dix intéressantes observations sur lesquelles se base ce consciencieux et intéressant travail et un dessin représentant une coupe longitudinale d'un tibia gauche pour montrer la marche du processus morbide.

Ch. Amat.

BULLETIN

La nature et la thérapeutique du diabète. — Démographie médicale de la ville de Reims. — Statistique sanitaire de l'armée française.

Ainsi que l'on devait s'y attendre, la discussion soulevée par M. Worms au sujet du diabète a suscité des contradictions et provoqué des communications intéressantes à divers titres, ne fût-ce que par l'incertitude qu'elles révèlent dans l'état de nos connaissances vis-à-vis de la nature de cette maladie. M. Worms, qui ne s'attendait peut-être pas à cette levée de boucliers a dû reprendre la parole pour affirmer à nouveau la sincérité et le bien-fondé de son opinion. C'est au nom de la clinique qu'il a cru devoir parler : c'est l'observation pure qui a inspiré ses conclusions. Après avoir écouté ses adversaires, il croit devoir maintenir celles-ci parce qu'elles ont pour base un guide infaillible, l'expérience. La théorie de l'hyperglycogenèse défendue avec talent par M. Robin, est dès à présent passible d'objections nombreuses. Il s'en faut, par exemple, que l'oxydation des matières azotées soit augmentée chez tous les diabétiques. Frerichs avait déjà noté que l'azoturie est loin d'être la règle chez ces malades. Or cette remarque, d'après M. J. Worms, suffirait à elle seule à ébranler la doctrine de la suractivité nutritive, de l'hyperglycogénèse : il faut donc, jusqu'à plus ample information, écarter cette conception nouvelle qui n'a pour elle que des données chimiques contestables et se contenter des résultats moins décevants et plus positifs que donne la simple observation.

— La nouvelle profession de foi de M. Worms a provoqué une réplique vive et légèrement sarcastique de la part de M. G. Sée, qui a reproché à son adversaire d'édifier une théorie à lui, tout en faisant table rase de celles qui ont eu cours jusqu'à présent. Dans une pareille question, autant et plus que dans toute autre la physiologie doit être le guide du médecin. Le diabète est la maladie physiologique par excellence. Or la physiologie nous enseigne précisément que l'influence nerveuse joue un rôle considérable dans la genèse du diabète. Cette notion est tout à fait favorable à la théorie de l'hyperglycogénèse, et du même coup, elle justifie l'emploi dans cette maladie des médicaments *nervins* parmi lesquels toutefois il y a lieu de faire un choix au sujet duquel l'expérimentation pourra seule prononcer.

— Après la réplique de M. G. Sée, M. Worms a dû subir celle de M. A. Robin qui, pris à partie par son contradicteur, est revenu sur ses précédentes conclusions et a cru devoir les maintenir dans leur intégralité. On voit que dans ce débat, chacun des orateurs s'inspire d'une conviction personnelle qui n'a rien à envier à celle de l'adversaire. Il reste à savoir de quel côté est la vérité, du côté de ceux qui prétendent n'avoir d'autre guide que l'observation ou de ceux qui pénétrant plus avant dans l'intimité des phénomènes, ont l'espoir de trouver dans l'expérimentation ou dans les enseignements de la chimie une base doctrinale qui soit désormais un point d'appui sûr pour une thérapeutique vraiment rationnelle.

— C'est à bon droit que les questions d'hygiène ont pris dans les préoccupations publiques une place dont l'importance augmente chaque jour. S'il était besoin d'un nouvel argument pour montrer combien cette importance est justifiée, il suffirait de jeter les yeux sur le travail statistique dont M. le Dr Henrot (de Reims) vient de donner lecture devant l'Académie. Grâce aux indications fournies par une série de plans topographiques ou tableaux destinés à retracer d'une manière visible le mode de répartition des maladies contagieuses dans la ville de Reims, l'Administration de cette importante cité a pu adopter une série de mesures qui ont fait immédiatement descendre la mortalité à un chiffre normal (de 54 p. 1000 à 30 p. 1000). On pourrait citer encore d'autres résultats pratiques obtenus par le même procédé, qu'il nous suffise de faire remarquer avec M. Henrot, combien la vulgarisation de cette méthode des tableaux graphiques est désirable et de quelle utilité elle pourrait être, avec le concours des législateurs et des municipalités, pour limiter ou éteindre les foyers épidémiques et surtout pour arrêter la marche croissante de ces deux maladies, véritable honte de cette fin de siècle, l'alcoolisme et l'aliénation mentale.

— Sous leur aridité apparente les publications statistiques cachent parfois un réel intérêt, la pathologie générale trouve souvent son compte dans les enseignements que comportent les faits dénoncés par elles. C'est ainsi que la statistique sanitaire de l'armée française pour 1886 nous paraît renfermer des indications très utiles, au point de vue particulier de l'extension et de la répartition des maladies épidémiques. La fièvre typhoïde est, sur cette liste comme sur la plupart des précédentes le chef de mortalité le plus chargé. La diffusion est loin d'en être uniforme, certains corps d'armée lui payent régulièrement un tribut bien plus élevé que d'autres (région du

midi). Une remarque importante est relative à l'accroissement des fièvres éruptives et particulièrement de la scarlatine: mais cette remarque vise le nombre des cas, bien plus que leur gravité. On relève aussi la fréquence croissante des oreillons: mais la mortalité de cette maladie est nulle. Cette dernière réflexion ne peut malheureusement s'appliquer à la grippe et surtout à la pneumonie, complication fréquente de la grippe. La gravité de cette dernière maladie et son extension dans certaines garnisons, sont autant d'arguments en faveur de sa nature infectieuse et épidémique.

On pourrait encore signaler, d'après cette statistique: la dyssenterie, qui très fréquente dans quelques centres militaires a présenté souvent avec la fièvre typhoïde une relation de coïncidence dans laquelle on serait peut-être tenté de voir la preuve d'une identité de nature; la méningite cérébrospinale, heureusement fort rare chez nous, à l'encontre de ce qui existe dans d'autres pays; l'ictère catarrhal, que son mode de diffusion épidémique permet de ranger dans le cadre des maladies infectieuses, etc. Cette simple énumération suffira d'ailleurs à montrer quelle richesse de documents renferme un travail de ce genre et permet d'entrevoir le parti qu'il serait possible d'en tirer pour l'amélioration de cette chose qui nous tient tous à cœur : l'hygiène du soldat.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

— Corps de santé militaire. — Essai de mobilisation médicale, à la gare de Lyon-Perrache. Le 27 courant, les médecins de la réserve et de l'armée territoriale ont été convoqués avec les médecins de la garnison. par M. le médecin principal de 1re classe, Albert. directeur du service de santé du 14e corps et du gouvernement militaire de Lyon, pour assister à la gare Perrache II, à une manœuvre d'embarquement en chemin de fer. De son côté, l'Ecole du service de santé militaire avait envoyé à Perrache ses élèves de quatrième année; plusieurs étudiants militaires de l'hôpital Villemanzy s'étaient joints à eux. Des détachements d'infirmiers des hôpitaux Villemanzy et Desgenettes, conduits par les officiers d'administration s'étaient rangés sur le quai à l'heure fixée, ayant auprès d'eux des brancards et des appareils à suspension Bry.

Sur la proposition de la Commission des trains sanitaires qui fonctionnent au ministère de la guerre, la Commission supérieure des chemins de fer à adopté, il y a peu de mois, le principe de la superposition des blessés dans les wagons de marchandises utilisables pour la formation des trains sanitaires improvisés.

Cette superposition de malades a pour résultat de doubler le rendement d'un train qui, au lieu de 138 hommes couchés, en enlèvera désormais 276. Mais pour permettre le placement dans chaque wagon de 12 brancards au lieu de 6, il a fallu apporter à l'ancien matériel des modifications assez importantes. Elles sont indiquées dans une instruction ministérielle du 5 mars dernier qui vient de paraître au *Bulletin militaire officiel* (*Lyon médical*).

— *La Revue scientifique* annonce que de fâcheuses nouvelles sont arrivées de Madras sur la situation de cette partie de la péninsule Hindoue, qui est actuellement ravagée à la fois par la famine et le choléra. C'est dans la région de Granjam que l'épidémie a atteint son maximum d'intensité; les chiffres officiels y constatent plus de 1.000 décès cholériques par semaine.

— Les journaux annoncent que M. Roux a fait à Londres, le 23 mai, devant la société Royale, une conférence fort appréciée sur les inoculations préventives de la rage.

— Le Bulletin municipal officiel a commencé la publication du rapport adressé par le Préfet de Police, à M. le Ministre de l'Intérieur, sur l'exécution dans le département de la Seine, pendant l'année 1887, de la loi du 23 décembre 1874, relative à la protection des enfants du premier âge, et, en particulier, des nourrissons.

— L'inauguration de la statue de la reine d'Angleterre placée dans la salle d'examen du collège des médecins et du collège des chirurgiens, a eu lieu le 24 mai dernier, en présence du Prince de Galles et des notabilités des deux collèges. La statue est l'œuvre du sculpteur F. J. Williamson.

— A la Chambre des communes, le premier Lord de l'amirauté a été interpellé, sur «la fièvre de Malte» qui, depuis quelque temps sévit en permanence à Malte, sur les troupes de terre et de mer.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Adjuvat. Ont été nommé aides d'anatomie : MM. Chipault, Delagenière, Faure, Mauclair, Noguez et Roques de Fursac.

***

Assistance publique. Maternité de Paris. — M. Tarnier, nommé professeur de clinique obstétricale a dû donner sa démission de chirurgien en chef de la maternité.

***

Hôpitaux de Bordeaux. — A la suite du concours qui vient d'être terminé, MM. les Drs Denucé et Lagrange, agrégés, ont été nommés chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

***

Facultés de médecine. — Par arrêté en date du 1er juin 1889, sont institués, agrégés des facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements) les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Bar (Paul-Jean), Bureau (Arsène-Charles), Estor (Charles-Paul-Eugène), Gangolphe (Michel), Nélaton (Charles-Louis-Georges), Phocas (Gérasime), Ricard (Alfred-Louis), Rivière (Pierre-Dominique-Maurice), Tuffier (Marin-Théodore), Villard François de Paule-Eulogio-Amado).

Par application des dispositions de l'arrêté du 30 juillet 1887, les agrégés dénommés ci-dessus demeureront en exercice pendant une période de neuf annés, du 1er novembre 1889 au 31 octobre 1898.

Faculté de médecine de Lyon — M. le Dr Perret, agrégé, est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889 dans les fonctions de chargé du cours de clinique annexe des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Parisot, agrégé, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire, 1888-1870 d'un cours annexe de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Demange.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Maginelle est nommé aide d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Baigne, démissionnaire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Bellouard est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Jesso.

Errata. — 1° Dans le feuilleton du n° 20, à la page 231, 1re colonne, ligne 11, lire : *Dezeimeris*, dans son Dictionnaire, dit peu de chose de. — 2° Dans le feuilleton du n° 21, à la note de la 1re colonne, ajouter : D'après la Biographie de Panckouke, Boller était de Viviers (Languedoc).

Corps de santé militaire. Réserve. Appel des médecins en 1889. — Le Ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu en 1889 dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté) :

266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

230 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe ;

36 médecins-majors de 2e classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Des aides-majors de 1re classe pourront être convoqués à défaut de médecins-majors.

La durée du stage sera de vingt-huit jours dans tous les corps d'armée. L'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies par eux qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter impérieusement qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que, s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1889, ils y seront astreints l'année suivante.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. André. Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort (Cloisonnement du vagin). Résultats immédiats. — Conséquences éloignées.

M. Dorez. La jouluosie morbide.

M. Soulier. Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 26 AU SAMEDI 1er JUIN 1889.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 3. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 7. —Diphtérie, croup, 33. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses, 39. — Autres, 6. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 22. — Bronchite chronique, 34. — Broncho-pneumonie, 23. — Pneumonie, 35. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 15 —Biberon, 35. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonites puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 30. — Suicides, 25.— Autres morts violentes, 13.—Autres causes de mort, 163.—Causes inconnues, 13. — Total : 884.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., Imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CHIMIE MEDICALE

SUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

Le diabète. — Physiologie pathologique et indications thérapeutiques. Essai de chimie biologique appliquée à la thérapeutique (1).

Par M. ALBERT ROBIN.

I

M. Dujardin-Beaumetz a traité la question du diabète en clinicien consommé ; il a puisé ses arguments dans son expérience, qui est grande, sans se soucier autrement des théories physiologiques dont le nombre et l'incertitude ne permettaient pas de fonder la thérapeutique à laquelle M. Bouchard a si justement donné le nom de pathogénique.

M. Worms va plus loin : pour lui, l'impression laissée par les diverses théories du diabète dans l'esprit du médecin est troublante au plus haut point, et, si celui-ci veut en tirer des indications pratiques, il est déconcerté par leurs contradictions. Il ne lui paraît pas possible de faire actuellement marcher de pair les enseignements de la physiologie avec les faits pathologiques, et, retournant le problème, il demande aux faits cliniques le secret de la pathogénie du diabète. Mais la clinique reste muette, puisqu'elle ne fournit à M. Worms que deux indications : celle d'assurer l'intégrité des fonctions digestives et celle de maintenir à son maximum l'énergie vitale.

A tout prendre, cette manière de concevoir le traitement du diabète, qui fait abstraction de toute théorie, est justifiée par les hésitations de la physiologie pathologique, et mieux vaudrait, en somme, cette sorte d'opportunisme thérapeutique que l'application au malade de remèdes dictés par une conception fausse de la maladie. Mais faudrait-il au moins que l'on pût définir l'activité vitale, que l'on eût un moyen de la mesurer et que l'on connût les médicaments qui la réveillent et ceux qui l'abaissent. Tant que nous n'aurons pas ces moyens, les indications thérapeutiques posées par M. Worms resteront scientifiquement irréalisées.

Ce n'est pas que cette conception inexacte ne soit, dans certains cas, le point de départ de médications qui ont survécu à la chute des systèmes qui les avaient engendrées : M. Germain Sée en a cité de mémorables exemples, mais il a ajouté que, pour bien traiter le diabète, il était préalablement nécessaire d'en connaître la physiologie pathologique, et, loin de dédaigner les enseignements de la physiologie et de la chimie, M. Germain Sée en fait le point d'appui de sa thérapeutique.

C'est cette doctrine que j'ai l'intention de soutenir avec des arguments empruntés à l'étude de la nutrition chez les diabétiques. Je pense que, s'il est dangereux de baser des médications sur une physiologie imparfaite, l'avenir de la thérapeutique est tout entier dans l'attentive comparaison entre la physiologie de la maladie et celle du médicament.

Parmi les maladies, il en est dans lesquelles un trouble de nutrition élémentaire constitue pendant longtemps l'élément morbide prédominant.

(1) Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 22 mai dernier.

FEUILLETON

—

FEUILLES VOLANTES

31 *mai* 1889

L'achèvement du Dictionnaire de Dechambre. — Vicissitudes d'une grande Entreprise. — Eloges et critiques. — Statue de Duchenne (de Boulogne). — Les maladies à noms propres et la monenclature pathologique. — Abondance de Congrès internationaux. — Une langue scientifique universelle et le charabia international.

C'est un grand événement dans la littérature, qui était annoncé l'autre jour à la tribune de l'Académie de Médecine, je veux parler de l'achèvement du *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales.* Bien des pronostics fâcheux avaient été portés sur l'évolution de cette œuvre gigantesque. A voir la lenteur avec laquelle se succédèrent parfois les fascicules, du moins au début, on était en droit de craindre que cette entreprise ne restât en chemin ; surtout quand on faisait la comparaison avec la rapidité d'allures, dont marcha d'abord le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, que beaucoup purent considérer comme une œuvre rivale quoique ayant pris une boussole assez différente. En effet, M. Jaccoud le directeur de cette dernière publication qui ne devait former que 12 volumes (elle en a eu 40), avait manifesté l'intention d'intéresser spécialement les praticiens. Tandis que l'entreprise confiée dès l'origine à MM. Raige-Delorme et Dechambre, puis presque aussitôt dirigée par M. Dechambre seul, s'adressait plutôt aux savants, prétendant embrasser outre la médecine pure, tous les groupes de connaissances afférentes : chimie, physique, histoire naturelle, géographie, biographie, etc., etc.

Aussi ne promettait-on pas moins de 25 volumes. Et aujourd'hui, voilà que l'on en compte 100.

C'est au zèle du Dr Lereboullet et du Dr Hahn qu'est dû l'achèvement de cette œuvre. Mais quel heureux jour c'eût été pour le Dr Dechambre que celui où il aurait pu présenter lui-même à l'Académie les derniers volumes de cette publication qu'il surveillait avec un soin jaloux ! Malheureusement il est mort deux ans trop tôt. Et le monument auquel, on peut le dire, il avait consacré ce qui lui restait de vie s'est terminé sans son concours. Si De-

Certes, ce trouble nutritif, ces modifications dans les échanges, ne sont pas toute la maladie, mais ils en sont l'expression la plus reculée de celles que nous pouvons saisir.

Et si l'on parvient à trouver la loi de ces variations dans l'échange organique; si, d'autre part, une étude parallèle permet de fixer l'action des divers moyens thérapeutiques sur la nutrition élémentaire; si, enfin, le médicament ainsi étudié vient modifier, dans le sens prévu d'avance, le trouble nutritif qu'on veut atteindre, n'aura-t-on pas réalisé un progrès considérable, au point de vue pratique?

Ce progrès ne sera-t-il pas un pas définitif en avant, et n'est-ce pas ainsi que doit se constituer cette thérapeutique de l'avenir qui vise au titre de rationnelle et qui rêve de certitude?

Nous voici loin de M. Worms et bien près de M. Germain Sée, car je soutiens avec lui que la connaissance certaine des actes morbides peut seule diriger la thérapeutique.

Le premier point à éclairer, c'est donc la *physiologie du diabète*. Si je parviens à établir que les actes nutritifs subissent, chez les diabétiques, des modifications qui sont toujours dans le même sens, j'aurai déjà posé un fait d'une grande portée. Et si je démontre ensuite qu'un médicament qui exerce sur la nutrition normale une action contraire à celle du diabète agit presque mathématiquement dans le même sens, chez le diabétique, j'aurai fourni la preuve de la première proposition, tout en déterminant, en quelque sorte, la série médicamenteuse dans laquelle on devra trouver sûrement les moyens rationnels de combattre la maladie; car l'étude des effets produits par un médicament sur les échanges permet de pressentir, par avance, ses réelles indications thérapeutiques, si toutefois l'on connaît avec précision comment ces échanges sont influencés par la maladie que l'on veut traiter.

II

Deux grandes théories se disputent aujourd'hui la faveur des savants. Les uns, avec Claude Bernard, tiennent pour l'hypersécrétion du sucre; les autres, avec M. Bouchard, qui a si magistralement défendu sa conception du diabète que celle-ci ne semblait laisser aucune prise à la contradiction, défendent le défaut de consommation et font du diabète une maladie par ralentissement de la nutrition.

Suivant que l'on se range à l'une ou à l'autre de ces théories, on aura comme indication thérapeutique dominante, soit de restreindre la fabrication du sucre, soit d'accélérer les mutations nutritives. Avec des théories aussi divergentes, des médications totalement opposées: ou bien modérer la production du sucre, c'est-à-dire ralentir les actes de la nutrition, ou bien accélérer la combustion du sucre, c'est-à-dire stimuler la nutrition par tous les moys possibles.

M. Germain Sée vient apporter à Claude Bernard l'appui de son autorité clinique et physiologique; il démontre que l'urine normale contient du sucre et que le diabète n'est que l'exagération d'un état physiologique. A mon tour, j'arrive, par d'autres méthodes, à une conclusion identique.

Si le diabète est dû à un défaut de consommation du sucre, tout diabétique aura des oxydations ralenties. Au contraire, si le diabète est une maladie par accélération de la nutrition, tous les actes chimiques de celle-ci seront accrus. Voilà le dilemme dont on ne peut sortir qu'en déterminant le mode suivant lequel s'accomplissent les oxydations du diabétique.

Sans entrer dans le détail des procédés chimiques que j'ai employés pour *mesurer les oxydations*, il est pourtant nécessaire de les indiquer brièvement.

Les matériaux azotés qu'élimine l'urine et qui sont engendrés par les actes chimiques de la désassimilation sont, au premier rang, l'urée, qui représente le maximum d'oxydation, — ou, pour ceux qui nient l'intervention des processus d'oxydation dans la formation de l'uree — le maximum d'utilisation des *matières albuminoïdes*. Au second rang, viennent les matières extractives, l'acide urique, la créatine, l'acide hippurique, les leucomaïnes, etc., tous corps dans lesquels l'azote est à un degré d'oxydation ou d'évolution moins avancé que dans l'urée.

Si l'on détermine, dans une première expérience, l'azote total de l'urine; puis, dans une seconde, l'azote de l'urée, la relation qui existe entre les deux chiffres obtenus peut être dénommée « *coefficient d'oxydation des matériaux azotés* », à la condition que toutes choses soient égales, d'ailleurs, du côté de la perméabilité rénale.

A l'état normal, ce coefficient oscille entre 80 et 85 p. 100, c'est-à-dire que 80 à 85 p. 100 de l'azote désassimilé subissent dans l'organisme une oxydation ou une utilisation aussi complète que possible.

Pour chiffrer le coefficient d'oxydation des *matériaux non*

---

chambre avait été longtemps et presque seul à la peine, il n'a pas été tout à fait à l'honneur.

***

An milieu du concert d'éloges spontanément décernés à cette immense entreprise, sera-t-il permis à la critique de venir émettre son opinion, et de faire quelques réserves?

Nous le tenterons. Il nous suffira de dire tout haut ce que le public dit tout has. D'abord que les proportions de l'œuvre sont un peu irrégulières. Parmi les premiers articles, quelques-uns furent trop concentrés et sont parfois incomplets. Puis, les dimensions annoncées se trouvant dépassées, on se laissa aller à vouloir faire une véritable encyclopédie médicale, un vrai *compendium* de la science dans la seconde moitié du XIXe siècle. On put voir l'article *Chlorates* dépasser de plus de soixante pages l'article *Anémie*. L'article *France* occupa plus d'un volume. Mais on ne saurait s'en plaindre; car rien n'est intéressant à lire et instructif comme ces grands résumés de questions importantes où l'auteur, libre d'allures, étale tout ce qu'il sait et tout ce qu'il pense, sans sentir près de lui les ciseaux du directeur prêts à écourter, à émonder, à châtier le fruit de ses recherches. Dans ces coupures, le plus souvent c'est la partie originale que l'on distrait; le banal reste forcément. C'est ce qui apparaît trop fréquemment dans les derniers volumes.

Quoiqu'il en soit, plus d'un abonné a dû être surpris en voyant brusquement et le même jour apparaître le complément d'une œuvre que l'on s'attendait à voir traîner quelque temps encore.

Six volumes ont cependant suffi à terminer les lettres P. et V et à traiter entièrement sept autres lettres I. J. K. W. X. Y et Z. Il est vrai que ce sont les lettres les plus pauvres de notre alphabet. Mais la surprise n'en existe pas moins. Et l'on est obligé d'admettre qu'après une 1re période de réserve, à laquelle avait succédé une période de largesse touchant parfois à l'exagération, est venue une 3e époque d'économie par trop marquée (1).

(1) On pourrait citer de nombreux exemples de cette parcimonie terminale. Ainsi nous ignorons dans quel département se trouve telle ville d'eaux, Vals, je crois, et quels sont les ouvrages que l'on pourrait consulter sur cette station. — Tandis que tel médecin inconnu a une longue notice dans les volumes de la 2e période, tel autre nom bien plus important est à peine mentionné dans les derniers volumes.

azotés, j'emploie plusieurs méthodes qui, je dois le dire, ne m'ont pas encore fourni de résultats indiscutables. C'est d'abord, l'étude du pouvoir réducteur de l'urine, à l'aide du procédé de M. Charles Richet (eau bromée et protochlorure d'étain); puis, c'est le dosage du phénol excrété par l'urine après ingestion d'une dose connue de benzol.

Ce dernier procédé, que Nencki et Sieber ont expérimenté de leur côté, dès 1883, consiste à faire ingérer une certaine dose de benzol, 2 grammes par exemple, et à doser dans l'urine la quantité du phénol. En effet, le benzol s'oxyde dans l'organisme et donne naissance à du phénol, à de la pyrocatéchime et à de l'hydroquinone, dans des proportions telles que, chez les individus sains, pour une partie de benzol ingéré, on trouve dans l'urine un tiers ou un quart de phénol.

Ce procédé comporte bien des causes d'erreurs (1) et je n'oserais m'appuyer sur les résultats qu'il donne, si ceux-ci ne s'accordaient entièrement avec ceux que j'ai obtenus pour les matériaux azotés.

Les *matériaux inorganiques* subissent aussi dans le cycle vital des oxydations qu'il est important de mesurer. Mes recherches ont porté sur les coefficients d'oxydation du soufre et du phosphore. Le *soufre* se rencontre dans l'urine sous trois états :

1° Le soufre des *sulfates préformés*, soufre complètement oxydé;

2° Le soufre de l'*acide sulfurique conjugué* au phénol, au scatol, à l'indol, etc., soufre complètement oxydé;

3° Le soufre qui provient des *composés sulfurés incomplètement oxydés* de l'urine, tels que la taurine, la cystine, les sulfocyanures, les sulfures, etc.

En dosant en deux opérations distinctes le soufre total de l'urine et le soufre incomplètement oxydé, puis en comparant les poids obtenus, on peut calculer le *coefficient d'oxydation des matériaux sulfurés* de l'organisme. A l'état normal, ce coefficient varie de 80 à 90 p. 100 (2).

Quant au *phosphore*, il existe dans l'urine sous deux formes : l'*acide phosphorique des phosphates*, complètement oxydé; et le *phosphore complètement oxydé* qui provient vraisemblablement, d'après les recherches de Sotnischewsky, de l'acide phosphoglycérique, qui est lui-même le produit de la désassimilation de la lécithine.

La comparaison entre le phosphore total et le phosphore complètement oxydé constitue un second *coefficient d'oxydation des matériaux salins*, que l'on peut rapprocher du coefficient d'oxydation du soufre : la réunion de ces deux coefficients d'oxydation des matériaux salins donne des indications utiles sur la manière dont l'oxydation des matières minérales s'accomplit dans l'organisme.

Telles sont les trois méthodes que j'ai employées pour chiffrer le quantum des oxydations chez les diabétiques et pour établir, par une étude parallèle, la manière dont divers médicaments influencent les oxydations normales.

III

J'arrive maintenant, aux résultats acquis à l'aide de ces méthodes.

S'il est un premier fait incontestable, c'est que la désassimilation, qu'il faut bien se garder de confondre avec les oxydations, est augmentée dans le diabète.

Je dis qu'il ne faut pas confondre les termes d'assimilation et oxydation. En effet, j'entends par produits d'assimilation l'ensemble des produits qui sont incessamment formés dans l'organisme sous l'influence des actes vitaux : ils représentent les résidus totaux de la vie cellulaire.

Mais ces résidus sont engendrés par divers actes chimiques, et, de plus, ils subissent, pour la plupart, des évolutions particulières, avant d'être excrétés au dehors. C'est ainsi qu'une grande partie de ces résidus naissent par des procédés d'oxydation et que d'autres sont l'objet d'oxydations secondaires qui les modifient.

Je disais, tout à l'heure, que la *désassimilation des diabétiques est augmentée*; j'ajoute que les *oxydations sont exagérées*.

En voici la preuve :

Le *coefficient d'oxydation azotée* a été calculé chez dix diabétiques. En ne considérant que les dosages isolés, on voit que le minimum observé a été 79.2 p. 100 et que le maximum s'est élevé à 96.3 p. 100. En prenant les moyennes calculées pour

(1) Voyez Albert Robin. L'oxydation organique, son siège, sa mesure, ses variations dans quelques états morbides. *Gazette médicale de Paris*, 1883.

(2) M. Lépine, qui a fort habilement étudié la question du soufre incomplètement oxydé, fixe le rapport de soufre complètement oxydé au soufre total à 80 p. 100.

***

Mais ce n'est pas seulement sur le manque d'harmonie dans les proportions de l'œuvre que portent les critiques. Elles s'attaquent aussi au texte des articles. Aux maîtres ont succédé trop souvent des sous-maîtres sinon des élèves et parfois même des manœuvres. Ici, à vrai dire, nous n'accusons personne, nous ne faisons que constater ce qu'il y aura de forcément défectueux dans l'élaboration d'une entreprise quelle qu'elle soit, devant durer 25 ans; spécialement dans une œuvre aussi complexe que le dictionnaire, d'ordre essentiellement composite, puisqu'elle est due à la collaboration de deux à trois cents individualités groupées on ne peut plus artificiellement. Les maîtres promettent leur concours et le donnent franchement dès le début. Puis l'âge, les occupations, les maladies viennent ralentir le zèle. Les articles sont cependant promis, on est harcelé par les éditeurs et les directeurs. On prend un collaborateur. Ce ne sont pas tant s'en faut les articles les plus mauvais qui sont faits dans ces conditions. Et les maîtres pourraient même à bon droit les signer, ayant eu le soin de communiquer à leur teneur de plume leurs propres opinions, toutes leurs idées, sur le sujet en question. Mais le temps marche, les simples collaborateurs des premiers signataires sont déjà devenus des maîtres à leur tour; ils sont, eux aussi, harcelés maintenant par leur clientèle; ils ont des amis, sinon des élèves qu'ils chargent de recueillir les matériaux d'un article en retard. Voilà, me semble-t-il, ce qui doit se passer dans la construction de ces immenses édifices. Je ne saurais mieux les comparer qu'à ces cathédrales du moyen-âge dont le plan primitif fut conçu d'abord par un architecte de génie. Mais comme il a fallu des générations successives d'ouvriers pour mener l'œuvre à bonne fin, quand toutefois on y est arrivé, l'idée première, la conception originale, le projet initial, ont été souvent perdus de vue par les travailleurs de la dernière heure. L'ensemble n'en est pas moins admirable.

Aussi, pour aujourd'hui au moins, trêve à d'autres critiques! Cela serait déplacé. Contentons-nous d'adresser nos félicitations aux directeurs acharnés et aux éditeurs courageux qui ont opéré le couronnement d'un si bel édifice. Voilà un 89 médical qui mérite des applaudissements. J'applaudis donc et cordialement.

***

L'ingratitude n'est pas toujours de mise. Il est question d'élever une statue à Duchenne (de Boulogne). Ce chercheur original, ce

chaque malade, la plus faible a été de 84.2 p. 100, la plus forte de 92.6 p. 100. Enfin, la moyenne générale permet de fixer à 86, 87, soit 87 p. 100 en chiffres ronds, le coefficient de l'oxydation azotee chez les diabétiques.

Coefficient d'oxydation azotée chez dix diabétiques (1).

Nos d'ordre.	Coefficient d'oxydation azotée — Minimum.	Maximum.	Moyennes.	Nombre de dosages effectués.
1er cas	81.3	88 6	84 2	10
2e —	83.1	85.5	84.3	4
3e —	79.2	90.6	84.4	4
4e —	81.3	89.1	84.4	6
5e —	81.6	90.7	86.1	4
6e —	84.7	88 2	86 7	4
7e —	86 8	88.3	87.5	4
8e —	83 8	96.3	89.4	6
9e —	89.3	90.8	90.1	4
10e —	90.1	96.3	92.6	8
Moyennes générales.	84.12 0/0	90.44 0/0	86.97	54

Que résulte-t-il de ces chiffres? C'est que le diabétique qui oxyde le plus mal combure aussi bien ses matières azotées qu'un individu sain; que, dans l'immense majorité des cas, les combustions du diabétique sont supérieures à la normale, de sorte que la moyenne de tous les cas fournit des résultats plus élevés que ceux observés dans le plus parfait état de santé (2).

Le diabétique consomme donc plus de matières azotées que l'homme bien portant, ce dont nous avons la preuve par l'élévation de ses éliminations d'azote total, et il utilise, il brûle mieux ces matériaux de désassimilation qu'un organisme normal.

Comment va-t-il se comporter maintenant à l'égard des *matériaux organiques non azotés?*

(1) Dans la plupart des nombreux dosages qui ont servi de base à ce travail, j'ai été fort habilement aidé, depuis cinq années, par mon préparateur et ami, M. Tremel, auquel je tiens à adresser tous mes remerciements.

(2) Un pharmacien très distingué de Vichy, M. Bretet, bien connu pour ses intéressants travaux d'urologie, vient d'arriver à des résultats semblables aux miens. *Répertoire de Pharmacie*, mai 1889.

Nencki et Sieber ont déjà montré qu'en administrant 20 gr. de lactate de soude pendant quatre jours à une diabétique, on ne retrouve dans les urines que des traces insignifiantes d'acide lactique. Or, cette diabétique, âgée de 16 ans, fournissait plus de 500 grammes de sucre en vingt-quatre heures; la capacité d'oxydation des matieres ternaires autres que le sucre n'est donc pas diminuée par le diabète.

Les mêmes auteurs administrent à la même malade 6 gr. de benzol, en vingt-quatre heures. Le premier jour, on retrouve déjà 1 gr. 38 de phénol dans l'urine, et celle-ci en élimine encore pendant cinq jours consécutifs. Une expérience comparative, faite sur un individu bien portant, indique une oxydation à peine aussi énergique (1).

Ces deux expériences démontrent que *l'organisme du diabétique est loin d'avoir perdu son pouvoir oxydant sur les matériaux ternaires, puisque des corps aussi stables que l'acide lactique et le benzol y sont comburés au moins aussi énergiquement que chez les sujets bien portants.*

Si nous considérons maintenant la manière dont le diabétique oxyde les éléments minéraux, nous nous trouvons en face de la même activité.

Je disais tout à l'heure que le *coefficient d'oxydation du soufre*, oscille, à l'état normal, entre 80 et 90 p. 100, et que M. Lépine, dans ses remarquables et originales recherches, l'abaisse même à la moyenne de 80 p. 100.

Voici dix diabétiques, chez lesquels j'ai déterminé ce coefficient d'oxydation du soufre.

Chez aucun de ces diabétiques, le coefficient d'oxydation du soufre ne s'est abaissé au-dessous de 92 2 p. 100; chez quatre d'entre eux, il a dépassé 97 p. 100; la moyenne fournit un coefficient de 96 4 p. 100. Ce résultat n'est pas significatif dans sa constance?

Coefficient d'oxydation du soufre chez dix diabétiques.

Soufre total (2)	Soufre préformé complètement oxydé.	Soufre conjugué complètement oxydé.	Soufre incomplètement oxydé.	Total du soufre complètement oxydé.	Coefficient d'oxydation du soufre.
3 061	»	»	0.261	2.800	92.2 0/0
4.092	»	»	0.218	3.814	93 5 —

(1) H. Reyher a répété cette expérience sur un diabétique de vingt six ans, et a obtenu le même résultat. *Inaugural Dissertation*. Dorpat, 1885.

(2) Exprimé en acide sulfurique $HOSO^3$.

travailleur opiniâtre trouve enfin la récompense due à ses travaux. Officiellement il ne fut rien. Tout ce qu'il a fait, il l'a fait poussé par ce seul mobile de poursuivre des recherches utiles à la médecine. Doux, modeste jusque dans sa taille, Duchenne (de Boulogne), avait la passion de la médecine Il apporta de l'obstination dans ses recherches. Il conserva malgré tout son obstination. Rebuté, il n'en poursuivit pas moins ses travaux. Et aujourd'hui, les médecins songent à lui rendre justice. Nous nous associons de tout cœur à cette œuvre de réparation, à cette œuvre de justice.

Dr Péter-Paul SOMANS.

(*A suivre.*)

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — Par arrêté en date du 11 juin 1889, la chaire d'histoire naturelle des médicaments et botanique de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier est déclarée vacante Un délai de vingt jours, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy — Par arrêté en date du 11 juin 1889, la chaire de pharmacie de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Par arrêté en date du 11 juin 1889, des concours s'ouvriront à la faculté de médecine de Nancy : 1° Le 6 janvier 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims ; 2° le 13 janvier 1890, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

3.785.	2.954	0.673	0.158	3.627	95.8 —
2.065	1.774	0.211	0.080	1.985	96 1 —
3.342	3.074	0.151	0.117	3.225	95.5 —
1.929	1.712	0.142	0.065	1.864	96.6 —
2.473	»	»	0.052	2.421	98.6 —
5.350	4.549	0.649	0.152	5.198	97.1 —
4.384	»	»	0.055	4.329	98.7 —
5.742	»	»	0.060	5.682	98.9 —

Du soufre, passons au *phosphore*. Ici, le problème est plus complexe, et les diabétiques peuvent, à ce point de vue, être divisés en trois classes :

Dans la première, il s'agit de diabétiques pour ainsi dire normaux, c'est-à-dire d'individus, qui, quelle que soit la quantité de sucre qu'ils éliminent, supportent allègrement leur maladie. Ceux-là présentent, presque toujours une augmentation des oxydations phosphorées. En voici quelques exemples :

Coefficient d'oxydation du phosphore chez neuf diabétiques

	Acide Ph^2O^5 total.	Phosphore incomplètement oxydé (1).	Coefficient d'oxydation de phosphore.
1er cas.....	1.576	0.0097	99 49 0/0
2e —	1.104	0.0076	99.42 —
3e —	2.083	0.0232	98.91 —
4e —	2.030	0.0228	98.88 —
5e —	3.640	0.0574	98 30 —
6e —	1.824	0.0368	98 » —
7e —	2.097	0.0434	97.94 —
8e —	0.960	0.0199	97 92 —
9e —	1.610	0.0340	97.89 —
Moyennes.....	1.991	0.0283	98.52 0/0

Hoffmann et Zuelzer évaluent le rapport du phosphore incomplètement oxydé au phosphore total à 2. 2 p. 100, soit un coefficient d'oxydation normal de 98 p. 100. Mes recherches personnelles s'accordent avec ce chiffre, puisque mes moyennes m'ont donné 97.4 p. 100. Cependant, M. Lepine, qui a aussi étudié la question, arrive à un chiffre plus élevé, et a trouvé 1.25 p. 100 de phosphore incomplètement oxydé.

A ne prendre que les chiffres de Zuelzer et les miens (97.6 p. 100), tous les cas de diabète ci-dessus mentionnés ont présenté des *oxydations phosphorées supérieures à la normale*. En prenant, au contraire, la moyenne des chiffres de Zuelzer, Lépine et les miens, soit 97. 98 p. 100, je constate encore des oxydations phosphorées plus actives, avec la moyenne de 98. 52 p. 100 chez mes diabétiques.

Dans une deuxième classe, se trouvent des malades qui n'oxydent pas mieux le phosphore que les individus bien portants.

	Acide Ph^2O^5 total.	Phosphore incomplètement oxydé.	Coefficient d'oxydation de phosphore.
1er cas.....	0.957	0.0211	97.80 0/0
2e —	1.705	0.0389	97.72 —
3e —	1.344	0.0310	97.70 —
4e —	2.333	0.0559	97.61 —
5e —	1.319	0.0325	97.54 —
	1.531	0.0359	97.69 0/0

(1) Exprimé en acide phosphorique.

La troisième classe comprend les diabétiques graves, déprimés ou cachectiques et albuminuriques ; ils ont un coefficient d'oxydation phosphorée inférieur à la normale.

	Ph^2O^5 total.	Phosphore incomplètement oxydé.	Coefficient d'oxydation phosphorée.
1er cas.....	1.423	0.0367	97.42 0/0
2e —	1.596	0.0418	97.39 —
3e —	1.437	0.0412	97.13 —
4e —	1.878	0.0610	96.76 —
5e —	1.190	0.0474	96.01 —
	1.525	0.0456	96.94 0/0

Plus tard, je reviendrai sur ces différences, pour en donner les causes et en déduire des indications.

Aujourd'hui, je ne retiens qu'un fait : c'est que la moyenne de tous les coefficients de l'oxydation phosphorée chez les dix-neuf diabétiques étudiés est supérieure à la normale, si l'on prend comme base du calcul le coefficient 97. 98 p. 100 qui constitue un chiffre intermédiaire entre ceux de Lépine, de Zuelzer et les miens.

Ainsi, *le diabétique présente des oxydations phosphorées en général supérieures à la normale* (97. 84 contre 97. 60).

Après ce luxe de preuves, toutes concordantes, il semble qu'il ne soit plus besoin d'autres arguments, puisque, quelle que soit la classe de matériaux constitutifs de l'organisme que l'on considère : matières organiques azotées, matières organiques non azotées, matières inorganiques, jamais les oxydations du diabétique ne se sont abaissées au-dessous de celles d'un homme bien portant, et que, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous les cas, ces oxydations ont été exagérées.

Cependant, je crois utile de renforcer encore mon argumentation par des documents empruntés à d'autres observateurs.

M. Hénocque a montré, après Quincke (1) et plusieurs autres, que si le diabète avait une action notable sur la *quantité d'oxyhémoglobine du sang*, c'était plutôt pour augmenter celle-ci. Le même observateur s'est assuré aussi que l'*activité de réduction de l'oxyhémoglobine*, étudiée chez dix diabétiques, était augmentée chez sept d'entre eux, légèrement diminuée chez deux, et variable dans les deux sens chez le troisième.

On pourrait encore invoquer à l'appui de ma thèse l'*augmentation de l'urée*, et l'*avidité pour l'oxygène* du sang et des organes des animaux rendus expérimentalement diabétiques.

(*A suivre*).

THERAPEUTIQUE

DE LA PYRODINE

(Acétyl-phényl-hydrazine).

Récemment introduite dans la thérapeutique, la pyrodine paraît devoir conquérir une des premières places parmi les nombreux médicaments antipyrétiques qui surgissent presque chaque jour, son action étant plus certaine et surtout plus durable que celle des corps du même genre. C'est Dreschfeld (de Manchester) qui a appelé l'attention sur ses propriétés antithermiques. Avant lui, Hoppe-Seyler avait étudié expéri-

(1) Quincke. Ueber den Hœmoglobingehalt des Blutes in Krankheiten. *Virchow's Arch.*, t. LIV, p. 537-544.

mentalement la phényl-hydrazine dont elle dérive et avait constaté qu'elle était un poison du sang des plus puissants. L'une et l'autre appartiennent à la classe des hydrazines, corps composés dérivant du diamidogène H^2Az. — $Az.H^2$ par la substitution de un ou plusieurs radicaux à autant d'atomes d'hydrogène suivant leur atomicité. La phényl-hydrazine a pour formule :

$$(C^6H^5),HAz. — Az.H^2$$

et l'acétyl-phényl-hydrazine en dérive par la substitution du radical acétyle $COCH^3$ au second H du groupe H^2Az. Sa constitution répond par conséquent à

$$C^6H^5 — Co — \overset{CH^3}{\overset{|}{Az}} — AzH^2$$

Ce n'est pas ce produit pur qu'a expérimenté Dreschfeld, mais bien une mixture dont la composition est mal connue et très variable, dans laquelle il entre pour environ un quart. Le fabricant a donné à ce mélange le nom de pyrodine que Dreschfeld a accepté, mais qu'il serait bon de rejeter quand on parle de l'acétyl-phényl-hydrazine. Cette dernière s'offre sous l'aspect d'une poudre blanche pailletée et un peu brillante comme le sulfate de quinine, peu soluble dans l'eau et ayant une saveur légèrement amère. C'est en cachets médicamenteux qu'il est préférable de l'employer.

Son action physiologique est encore mal connue, elle paraît se rapprocher beaucoup de celle de l'antipyrine et surtout de l'antifébrine. Elle se manifeste peu sur le cœur, agit aussi peu sur le système nerveux, mais elle s'exerce avec énergie sur le sang dont elle est un poison violent. D'après Dreschfeld et Lépine, elle amène une dissolution rapide des globules sanguins et met ainsi en liberté la méthémoglobine et l'hémogline qui se diffusent dans le plasma. Consécutivement à cette dissolution, il se produit de l'augmentation de volume de la rate et du foie, de l'ictère et même de l'hémométhémoglobinurie. J'ai pu vérifier ces faits sur des cobayes et j'ai constaté la fréquence des hémorrhagies, taches ecchymotiques sur la plèvre pulmonaire, hémorrhagies ponctuées dans le rein, coloration intense en rouge vineux de tous les organes. Chez un cobaye de 180 gr. auquel j'avais injecté 0,04 centigr, de pyrodine pure, il y eut quelques instants avant la mort, émission d'urines rougeâtres, dans lesquelles je constatai la présence de l'hémoglobine mais pas un seul globule sanguin.

En injectant à des cobayes de trois à huit centigrammes de pyrodine pure, on amène la mort en un temps qui varie de trente minutes à deux heures suivant le degré de résistance du sujet. Les battements du cœur s'accélèrent et diminuent d'énergie, la respiration devient rapide, haletante et superficielle, quelques convulsions se montrent vers la fin et l'animal meurt comme par asphyxie.

D'après M. Dreschfeld, l'acétyl-phényl-hydrazine dilate les vaisseaux, et selon M. Lépine elle agit sur la consommation des matériaux ternaires comme l'antipyrine, c'est-à-dire que, sous son influence, un animal soumis à la pyrodine conserve mieux son glycogène qu'un animal simplement inanitié, attendu qu'elle met obstacle à la transformation du glycogène en sucre. Au contraire à haute dose chez l'animal alimenté, elle diminue le glycogène du foie en mettant obstacle à sa formation. Il en est ainsi pour tous les antipyrétiques (Lépine, *Archives de médecine expérimentale* 1889. n° 1).

Chez l'homme malade l'acétyl-phényl-hydrazine agit comme antithermique et comme nervin ; elle prend donc place en therapeutique à côté de l'antipyrine, de l'antifebrine et de la phénacétine. Mais les résultats que l'on a obtenus avec elle ne sont pas toujours comparables entre eux, vraisemblablement parce que ceux qui l'ont expérimentée ne se sont pas tous servis du même produit.

Il est très important de ne pas employer le produit impur vendu par le commerce sous le nom de pyrodine. Sa composition est à peu près inconnue et paraît varier beaucoup selon les maisons où on se la procure. Ses effets médicamenteux sont par conséquent fort variables et il peut en résulter des accidents car sa toxicité varie dans la même proportion. Je ne me sers que du produit chimique pur, acétyl-phényl-hydrazine, dont l'action est toujours la même pour une dose déterminée.

Très énergique, la pyrodine pure (acétyl-phényl-hydrazine) s'emploie à faible dose, sous peine d'occasionner des accidents. Après plusieurs tâtonnements, je me suis arrêté à la dose de 0,05 par jour pour un adulte. Dans les cas assez rares où la fièvre ne cède pas rapidement, je la porte à 0,08, mais jamais je ne dépasse dix centigrammes. Le meilleur moyen de s'en servir est de la donner dans un petit cachet Limousin, une heure avant le moment où la fièvre doit commencer. Quand on en donne dix centigrammes, il est préférable de diviser cette quantité en deux cachets de cinq centigr. et d'en donner un comme il vient d'être dit, et l'autre quatre heures après, en plein accès fébrile.

A plus haute dose, la pyrodine pure amène des phénomènes d'intoxication. Avec vingt-cinq centigrammes, on observe des symptômes graves qui occasionneraient la mort si on ne luttait pas énergiquement contre eux. Une heure après avoir ingéré cette quantité, le malade se sent envahi par un malaise vague, qui va grandissant : il éprouve de l'anxiété psychique, de l'angoisse précordiale et la sensation de manquer d'air. Bientôt des sueurs abondantes couvrent tout son corps, à tel point qu'il lui est nécessaire de changer son linge à plusieurs reprises tant il est mouillé. Le visage pâlit en même temps que les pommettes se colorent et que les lèvres se cyanosent. Le pouls devient de plus en plus rapide et filiforme, les battements du cœur s'accélèrent et perdent de leur force, les membres deviennent froids comme du marbre et le malade mourrait dans le collapsus si, par une médication stimulante des plus actives, on ne s'empressait de réveiller le cœur et d'accélérer l'hématose.

Ces symptômes se rapprochent beaucoup de ceux qui apparaissent dans l'intoxication par l'antifébrine, et il y a tout lieu de supposer que la pyrodine est un poison du sang très énergique, comme du reste la plupart des corps appartenant à la même série chimique qu'elle.

Au contraire à la dose médicamenteuse de 0.05 à 0,10 centig., la pyrodine pure ne donne au malade aucune sensation désagréable. Elle est très bien supportée par l'estomac et ne détermine ni sueurs, ni angoisse, ni troubles circulatoires.

C'est dans la tuberculose que j'ai principalement expérimenté la pyrodine, chez les malades présentant la fièvre qui accompagne toujours la formation de foyers pneumoniques, quand la marche de l'affection prend des allures rapides, et chez ceux où la chronicité est coupée par des poussées congestives. Chez tous la pyrodine s'est montrée comme un antithermique puissant et a même paru exercer une action heureuse sur la marche du processus.

Action antithermique. — La pyrodine agit efficacement mais lentement pour abaisser la température. Si on étudie les courbes thermiques des malades soumis à son action, on voit qu'elle les modifie graduellement et les ramène à la normale au bout de trois jours environ. A partir du moment où la

pyrodine est administrée, la température baisse régulièrement de un demi degré à un degré par jour. l'abaissement portant tout à la fois sur les températures du soir et sur celles du matin. L'observation suivante donne un bel exemple de cette descente graduelle.

Marie Mont.., 35 ans, présente depuis six mois environ des signes de tuberculose et actuellement une poussée pneumonique très étendue du côté droit. Sa température oscille depuis une semaine entre 38°5 et 39°; la quinine et la phénacétine n'ont amené aucun abaissement notable.

Avant l'emploi de la pyrodine :

Matin.	Soir.
14 avril 38,4	39
15 — 38,5	38,6
16 — 38	38,8
17 — 38,5	39
18 — 38,7	39
On donne 0,05 de pyrodine.	
19 — 38,6	38,2
20 — 38	37,8
21 — 37,6	37,2
22 — 37	37,6
23 — 37,3	37,8
On suspend la pyrodine.	
24 — 37,5	37,7
25 — 37,4	37,9
26 — 37,2	37,6
27 — 37,3	37,6
28 — 37,4	37,7
29 — 37	37,4
30 — 37	37,4

La courbe thermique que je donne ici peut être considérée comme le type de celles que l'on obtient par l'emploi de l'acétyl-phényl-hydrazine. La température tombe lentement, mais d'une façon graduelle, atteignant le soir une élévation moins grande que le matin, diminuant encore le lendemain matin et encore le lendemain soir jusqu'à ce qu'elle atteigne le niveau normal où elle se maintient. Dans d'autres cas la chute se fait par lysis, chaque soir il se produit une légère ascension mais moins forte que la veille. La courbe suivante en est un exemple.

Normand, 31 ans. Tuberculose à marche rapide, envahissement des deux sommets par une infiltration tuberculeuse étendue avec commencement de ramollissement, fièvre rémittente depuis près de six semaines, température oscillant entre 38,5 et 39,5.

Matin.	Soir.
24 avril 38,6	39,5
25 — 38,8	39
26 — 38,5	39,2
0,05 De pyrodine.	
27 — 38,6	39,4
28 — 38,2	38,4
29 — 37,6	37,8
30 — 37,4	37,6
1 — 37,2	37,5

On cesse alors la pyrodine dont il a été donné chaque jour à trois heures du soir un cachet de 0.05 centig. pendant cinq jours et la température continue à rester normale pendant huit jours après la suspension du médicament.

Quelquefois enfin la chute de la température peut commencer par se faire brusquement, sans ascension vespérale, puis après 24 heures se ralentir et être interrompue par des ascensions de un demi degré.

Maria X. Tuberculose au début, poussée congestive au sommet gauche, râles de bronchite à la base. Malaise général, douleurs scapulaires persistantes allant jusqu'à empêcher le sommeil par leur intensité, douleurs rhumatoïdes disséminées dans les membres, fièvre régulièrement rémittente.

Matin.	Soir.
7 avril 38,2	39
8 — 38	39,2
9 — 38,2	39,2
10 — 38,2	39
11 — 38	39
12 — 38,2	39,5
0,05 de pyrodine.	
13 — 38,6	37,8
14 — 37,6	38,2
15 — 37,5	37,2
Suspension de la pyrodine.	
16 — 37,6	37
17 — 37,3	38
18 — 37,4	37,9
19 — 37,2	37,5
20 — 37,4	37.5

La température ne commença à s'élever de nouveau que le 27 mai, la pyrodine donnée à la dose habituelle la fit tomber aussitôt. Chez toutes les malades de mon service chez lesquelles je me suis servi de cet antithermique, j'ai toujours observé ce même phénomène, abaissement lent, mais graduel de la température, persistance du résultat obtenu.

(*A suivre*). Georges Lemoine (de Lille).

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DE LA SYPHILIS.

I. — Contributions statistiques a l'étude de la syphilis congénitale, par le Dr E. Krause, *Archiv. für Kinderheilkunde*, T. IX. fasc. 2.

II. — Un cas de syphilis maligne, par le Dr Rosenthal, *Archiv. für Dermat. und Syphilis*, 1889, fasc. 1.

III. — Sur un mode insolite d'infection syphilitique, par le Dr Feibes, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 23, p. 519.

IV. — Contribution a l'étude des altérations syphilitiques des valvules cardiaques, par le Dr Firket, Analysé in : *Medicinisch. Chirurg. Rundschau*, 1889, n° 11, p. 420.

V. — Sur la syphilis nasale, par le Dr Michelson, *Volkmann's Klin. Vortraege*, 1889, n° 326.

I. — La statistique publiée par l'auteur comprend les cas de maladies des enfants, au nombre de 49.775, qui ont été traités dans le service du professeur Monti, de Vienne, en l'espace de quinze ans. Sur ce total on a relevé 316 cas, c'est-à-dire 0,68 p. 100, de syphilis congénitale. La fréquence de celle-ci n'est pas allée en augmentant. Les enfants des deux sexes ont payé au fléau un tribut sensiblement égal. En déduisant du total, 122 cas de récidive, 144 des 194 restants concernaient des enfants âgés de 3 mois au plus. Sur 100 observations portant l'indication précise de la nature des manifestations syphilitiques, on a relevé 48 cas de syphilides maculeuses, 24 cas de syphilides papuleuses, 11 cas de syphilides mixtes, 7 cas de psoriasis, 10 cas de syphilides pustuleuses. Parmi les cas de

récidive, on comptait 71 cas de condylomes, 9 cas de pharyngite et de laryngite syphilitique. La statistique de l'auteur confirme ce fait connu que la syphilis congénitale se révèle le plus souvent, à ses débuts, sous la forme d'un exanthème maculeux.

L'existence d'une tuméfaction splénique a été notée 45 fois sur un total de 221 cas où mention a été faite de l'état de la rate ; 4 fois seulement on a signalé l'existence d'une altération du foie ; des lésions osseuses et des paralysies ont été notées 16 fois.

La mortalité a été de 43 sur 316 cas, ce qui donne une proportion de 13,30 p. 100. La majorité des décès (21) a porté sur des enfants au-dessous de 3 mois.

Enfin, on trouve signalé, en fait d'affections consécutives, 24 fois le rachitisme, 16 fois l'hydrocéphalie, et 7 fois ces deux états pathologiques réunis.

II. — L'observation de M. Rosenthal concerne un employé des postes, âgé de 25 ans, qui avait contracté la syphilis, au mois de février 1886. Depuis lors il n'avait cessé d'être en traitement, pour une série d'accidents syphilitiques. D'abord il a présenté un exanthème pustuleux, puis des papules, les unes sèches, les autres suintantes, au pourtour de l'anus et à la bouche, entre les doigts des pieds et des mains, puis du psoriasis palmaire et plantaire, avec productions de fortes callosités, puis des gommes profondes dans les muscles des jambes, des plaques muqueuses au voile du palais. Enfin le malade était devenu sujet à des accès de vertige.

En fait de traitement, on fit au malade des injections de calomel, des frictions mercurielles, on lui administra de l'iodure de potassium à doses croissantes, de l'iodure de fer seul, puis associé au calomel, du tannate de mercure, de l'iodure jaune etc., en même temps, on instituait un traitement topique contre les manifestations de la syphilis. Finalement, on vint à bout de celle-ci. Les derniers accidents ont consisté dans une coloration blanchâtre du dos de la langue, avec épaississement de l'épithélium, hyperplasie verruqueuse des papilles filiformes, et ils se sont dissipés à la suite de quatre injections d'oxyde jaune de mercure en suspension dans de l'huile.

III. M. Feibes, pendant un séjour à Paris, a été consulté par un collègue dont le frère présentait, dans le creux poplité gauche, un exanthème sec, squameux, d'un rouge brunâtre qui avait tout l'aspect d'une manifestation syphilitique. Les paumes des mains et la plante des pieds étaient le siège d'un exanthème confluent, papuleux. On ne découvrait rien d'insolite du côté des organes génitaux, de la bouche et du cuir chevelu. M. Feibes diagnostiqua une syphilis dont l'origine remontait à quatre ou cinq mois. Or, le sujet déclarait, qu'en fait de maladies vénériennes, il n'avait jamais eu qu'une gonorrhée, et que, fiancé depuis deux ans, il ne s'était jamais exposé depuis, à contracter une maladie suspecte.

En l'examinant avec plus de soin, M. Feibes découvrit dans le creux axillaire du côté droit, un ganglion de la grosseur d'une noisette ; de ce même côté, les ganglions cervicaux formaient un chapelet de nodosités dures ; les ganglions maxillaires étaient fortement tuméfiés. On se trouvait ainsi sur la piste du siège probable de l'accident primitif. Or, sur la joue droite, on découvrit une nodosité dure, de la grosseur de la moitié d'un pois et, qu'à première vue, on aurait prise pour une simple efflorescence d'acné. Questionné sur l'origine de ce bouton, le malade fit savoir que, quelques mois auparavant, se faisant raser dans une boutique de barbier, ce qui ne lui arrivait qu'exceptionnellement, il avait été coupé « à l'endroit en question » ; au siège de la coupure s'était formé le bouton, qui avait suppuré pendant quelque temps. Depuis cette même époque, le sujet s'était aperçu de cette tuméfaction ganglionnaire au cou.

Pour M. Feibes, il n'y avait plus de doute, le fameux bouton était un chancre primitif, et M. Vidal, auquel le malade fut présenté, confirma le diagnostic.

On fit prendre au malade, chaque jour, trois pilules de proto-iodure de mercure de 0,05 centigr., et on appliqua au siège du bouton, un emplâtre de Vigo; les manifestations signalées plus haut se dissipèrent rapidement, ce qui confirma l'exactitude du diagnostic.

IV. — La syphilis du cœur est relativement rare, et presque toujours elle se révèle par des altérations du myocarde. Tous les auteurs ne sont pas d'accord pour admettre l'existence d'altérations valvulaires d'origine syphilitique. Une observation de M. Firket est considérée par l'auteur comme étant de nature à trancher cette question litigieuse. Il s'agit en deux mots d'une femme de 53 ans, qui entra à l'hôpital avec de l'ascite et de l'œdème des membres, et qui succomba sans avoir présenté de manifestations apparentes de la syphilis. Or, à l'autopsie de cette femme, on trouva dans le foie des altérations syphilitiques de vieille date. Il existait en même temps une dégénérescence amyloïde des reins et de la valvule mitrale. Pour M. Firket, cette dégénérescence amyloïde était une manifestation de la syphilis: elle a eu pour conséquence une destruction de l'endothélium avec formation de thrombus, qui ont été le point de départ des accidents ultimes.

V. — M. Michelson a tracé une étude d'ensemble de la rhinite syphilitique ulcéreuse. Celle-ci se présente le plus souvent sous la forme d'un coryza catarrhal rebelle, qui tôt ou tard se complique d'un écoulement purulent, souvent hémorrhagique, mêlé de croûtes. Le nez est presque complètement obstrué, bouffi à sa surface; le timbre de la voix est nasillard. L'odorat est considérablement diminué. Le malade se plaint d'une céphalalgie diffuse, de névralgies disséminées sur certains nerfs de la face. L'appétit et le sommeil sont troublés. Quelquefois, il y a de la fièvre et de la fétidité nasale.

Quand le malade se présente au médecin à cette période de l'affection, l'examen rhinoscopique fait découvrir des ulcérations qui siègent sur la cloison, couvertes de granulations ou de particules sphacélées de tissus, et alors, en explorant les pertes de substance avec la sonde, on tombe sur les cartilages ou sur l'os. Les cornets sont hypertrophiés, quelquefois même ils sont le siège d'hypertrophies polypeuses. Les tissus infiltrés présentent une résistance remarquable.

Sous l'influence d'un traitement approprié, les ulcérations superficielles guérissent sans laisser de cicatrice visible. Les ulcérations plus profondes laissent à leur suite des dépressions au niveau desquelles la muqueuse est sèche et comme flétrie; quelquefois, il survient des nécroses qui entraînent des pertes de substance considérables. Les cornets, primitivement tuméfiés, peuvent être, dans la suite, envahis par une atrophie en raison de laquelle le volume des fosses nasales se trouve considérablement accru.

Les statistiques démontrent que c'est entre la 1re et la 3e année qui suit l'infection syphilitique, que ces ulcérations nasales se développent de préférence, entraînant à leur suite les déformations bien connues du nez; incidemment, l'auteur signale combien était erronée l'opinion suivant laquelle les manifestations tertiaires de la syphilis ne surviendraient qu'au bout de dix, vingt ans et plus. L'examen rhinoscopique est indispensable pour diagnostiquer la rhinite syphilitique. Ce diagnostic ne saurait être basé sur les résultats de l'examen

de la sécrétion morbide, ni sur la présence ou l'absence de fétidité Quand la tuméfaction des fosses nasales empêche l'introduction de l'instrument, il suffit d'administrer pendant quelques jours des doses moyennes d'iodure de potassium pour rendre l'examen possible. D'autre part, l'auteur attribue une grande valeur diagnostique à la disposition des ulcérations en forme de sillons longitudinaux; les ulcérations tuberculeuses sont de forme ou arrondie ou irrégulière.

Un dernier point traité par l'auteur est relatif à la nécessité d'associer le traitement local an traitement général, dans les cas de rhinite syphilitique.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

BILAN DU TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE EN 1887, par le Dr GUY. (Thèse de Paris).

Après avoir étudié les différents traitements de la coqueluche. M. le Dr Guy montre qu'il n'y a pas de médicament spécifique de la coqueluche capable d'enrayer la maladie à son début, d'entraver sa marche et de l'empêcher de parcourir ses diverses périodes : il n'y a que des médicaments destinés à combattre soit l'élément catarrhal, soit l'élément spasmodique de la maladie, et à en atténuer les divers symptômes. Enfin l'auteur insiste sur les moyens hygiéniques.

DE QUELQUES ACCIDENTS DE CROISSANCE, par le Dr PETIT. (Thèse de Paris).

Ces accidents sont observés le plus souvent entre 11 et 13 ans : ils consistent principalement en douleurs juxta-épiphysaires et céphalées accompagnées ou non de fièvre, ordinairement à type rémittent, d'épistaxis, d'hypertrophie cardiaque sans lésion d'orifice.

Parmi les affections qui peuvent égarer le diagnostic, il faut signaler surtout le rhumatisme, la syphilis, la fièvre typhoïde. La convalescence est toujours très longue.

DE L'ASCITE CHEZ L'ENFANT, par le Dr BARÉS, (Thèse de Paris).

L'ascite est une affection relativement rare dans l'enfance. Elle n'est jamais primitive, et les cas qui ont été classés sous la rubrique d'ascite idiopathique, se rapportent à des faits mal observés.

C'est la péritonite chronique, et surtout la péritonite tuberculeuse, qui fournit le contingent le plus considérable des ascites. La cirrhose infantile serait, après la péritonite, la cause la plus fréquente de l'ascite.

La guérison spontanée de l'ascite est fréquente chez les enfants, par le seul fait du traitement reconstituant.

BULLETIN

UN NOUVEAU MÉDICAMENT DIURÉTIQUE : LA LACTOSE. — TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES PAR LA CAUTÉRISATION DIRECTE DE LA CAVITÉ UTÉRINE. — SUR LA NATURE DE CERTAINS ACCIDENTS INFECTIEUX OBSERVÉS AU BRÉSIL.

La discussion inaugurée par M. Worms au sujet du diabète a pris fin, aucun des orateurs précédemment inscrits n'ayant cru devoir prolonger un débat dont la continuation ne pouvait qu'accentuer les divergences d'opinion révélées par leurs précédents discours. Dans la séance de mardi, M. G. Sée est venu, avec son entrain habituel, entretenir l'Académie d'un autre sujet, l'action diurétique de la *lactose* ou sucre de lait. La lactose, qui fait partie de la composition normale du lait où elle se trouve dans la proportion de 50 p. 1000, est, parmi les principes constituants de ce liquide, le seul auquel on doive attribuer l'action diurétique qui lui est propre ; ni l'albumine, ni la caséine, ni les sels, ni l'eau, ne peuvent rien revendiquer de cette action. Partant de cette donnée, M. G. Sée a cru devoir appliquer l'emploi isolé de la lactose au traitement des différentes variétés d hydropisies et particulièrement à celui des épanchements *cellulaires* ou séreux liés à l'évolution des maladies du cœur, dans la période d'asystolie.

Le résultat a été immédiat et remarquable dans la plupart des cas. M. G. Sée cite à l'appui un certain nombre de faits où la diurèse, maintenue jusque là dans des limites insuffisantes, de un litre et demi à deux litres par jour, en dépit de l'emploi successif des médicaments cardiaques « digitale, strophantus, caféine » a pu remonter rapidement jusqu'à quatre et même cinq litres, amenant ainsi une diminution rapide des hydropisies.

Quel est le mécanisme de cette propriété remarquable de la lactose ? On pourrait à la rigueur se contenter de la constatation du fait et faire bon marché de l'explication. Mais M. G. Sée qui n'aime pas l'empirisme et qui tient à marcher avec le fil conducteur d'une théorie préalable, a dû chercher une hypothèse applicable au cas particulier. Il estime donc que la lactose n'est ni un endosmotique, ni un modificateur de la tension vasculaire, mais qu'elle agit directement sur le rein. Il lui a reconnu, en outre, un avantage précieux, c'est d'épargner au malade les pertes d urée et l'inanition qui suivent la cure lactée prolongée et de permettre l'alimentation carnée, seule capable de restaurer les forces d'un organisme épuisé par une lutte prolongée.

Peut-on prévoir l'avenir réservé à ce nouveau médicament, à la vulgarisation duquel le retentissement de la tribune académique fournira un puissant appoint ? Sans pouvoir répondre à cette question, nous ferons remarquer seulement que, parmi les acquisitions dont s'est enrichi depuis quelques années l'arsenal thérapeutique, un petit nombre seulement a résisté d'une manière durable au contrôle de l'expérience.

— M. Dumontpallier a fait connaître à l'Académie le résultat de ses recherches concernant la nature et le traitement de l'endométrite : s'appuyant sur cette donnée précise que, dans l'endométrite, l'inflammation dépasse le revêtement épithélial de la cavité utérine et qu'elle entraîne des lésions des vaisseaux et des glandes, il a cherché dans l'emploi de cautérisations énergiques le moyen d'amener une modification radicale de la muqueuse altérée. Une série de tâtonnements dans ce but lui a permis de fixer son choix sur le chlorure de zinc qui, introduit sous forme de crayons dans la cavité utérine et laissé en place plusieurs heures, amène une véritable mortification de la couche superficielle de la muqueuse. L'escarrhe produite s'élimine spontanément les jours suivants, laissant derrière elle une surface en voie de réparation, au niveau de laquelle les éléments sécréteurs, vaisseaux et glandes, ont disparu. Inutile d'ajouter qu'une antisepsie minutieuse est de rigueur aussi bien avant l'opération et comme moyen de préparation à celle-ci, que dans les jours qui suivent l'élimination de la membrane mortifiée.

Les résultats de cette méthode paraissent assez favorables pour lui servir de justification. En tous cas, ils sont propres à démentir une fois de plus le vieux précepte du « noli me tangere » appliqué au traitement des affections utérines. On peut

y voir aussi un nouvel argument en faveur de l'antisepsie qui rend possibles et inoffensives des opérations considérées autrefois comme particulièrement dangereuses, qui fait plus encore, qui en assure le succès.

— Ce n'est pas en Europe seulement que l'étude des maladies infectieuses a le privilège d'attirer l'attention des savants. Un médecin distingué du Brésil, M. le Dr Domingo-Freire, a fait part à l'Académie des sciences de ses recherches sur une maladie observée récemment dans la ville de Rio de Janeiro. Les accidents qui caractérisent cette maladie ont pu être attribués successivement à l'impaludisme, à la fièvre jaune, à l'insolation; mais ces différentes hypothèses ont dû être définitivement écartées. M. Domingo-Freire a été amené à croire que la cause réelle de ces accidents certainement infectieux n'était autre que l'introduction dans l'organisme d'une substance toxique incorporée à la vapeur d'eau disséminée dans l'atmosphère. Des expériences précises au moyen des produits de condensation de cette vapeur inoculés en injection souscutanée à des oiseaux, ont fait apparaître chez ces animaux des accidents extrêmement semblables à ceux qui avaient été constatés chez l'homme (frissons, dyspnée, torpeur, coma) : la mort en a été la conséquence. Ces expériences paraissent donc assez probantes pour justifier l'hypothèse qui attribue l'origine de l'épidémie brésilienne à l'action toxique d'une substance volatile engendrée par les fermentations animales et végétales à la surface du sol et transportée ensuite par l'atmosphère. Cette hypothèse aurait l'avantage de rendre compte de certaines particularités, et notamment du rapport chronologique constaté entre l'apparition des explosions épidémiques et le moment de plus grande activité des exhalations telluriques.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

— L'anesthésie et l'expertise légale. — Un ouvrier charpentier blessé par la chute d'une pierre réclamait une indemnité. Le Conseil de préfecture de la Seine avait ordonné deux expertises simultanées, l'une pour rechercher les causes de l'accident, l'autre pour procéder à l'examen médical du plaignant. Trois médecins connus, MM. les Drs Delaporte, Gombault et Voisin, chargés de la seconde expertise, voulurent recourir à l'anesthésie. L'intéressé refusa et son avocat, ayant plaidé que l'anesthésie pouvant entraîner la mort et que la prétention des médecins experts était contraire au texte et à l'esprit de l'arrêté qui avait ordonné l'expertise, le tribunal administratif a rendu l'arrêté suivant : « Le Conseil, considérant que, si les experts chargés des constatations médicales dont il s'agit ont le droit de se livrer à toutes les recherches qui leur paraîtraient nécessaires », le sieur V... ne saurait cependant être contraint à se soumettre à des épreuves qu'à tort ou à raison, il croit dangereuses pour sa vie ou sa santé; Arrête : les experts sont invités à procéder, dans la huitaine, à l'examen médical du sieur V..., en se bornant aux constatations et évaluations prévues par l'arrêté du 13 novembre 1888 (constater l'existence et la gravité des blessures reçues, et évaluer l'indemnité qui devait lui être due, en tenant compte de ses frais de maladie et de l'incapacité de travail qui résultait, prétendait-il, d'une paralysie du bras droit, conséquence d'une fracture de la clavicule).

— Enseignement de l'hygiène en Prusse. — Le ministre de l'instruction publique en Prusse vient de décider que les fonctionnaires de l'Etat seraient astreints désormais à suivre un cours régulier d'hygiène. C'est à l'Institut d'hygiène de Berlin que ces conférences auront lieu sous la direction de M. Koch. Les conférences et cours, qui se font par séries, ont commencé le 1er décembre 1888 : la première série est réservée aux fonctionnaires de l'Instruction publique.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Le concours d'agrégation (anatomie et physiologie) vient de se terminer par les nominations de MM. Rœtterer et Gley (Paris) Vallenton (Lyon) Hédon (Montpellier) Meyer (Lille).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Parisot, agrégé, est chargé du cours annexe de chinique des maladies des vieillards en remplacement de M. Demange, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Maginelle (Paul René est nommé aide-d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Baigne démissionnaire.

***

Hôpitaux de Paris. — M. le Dr Moreau-Marmont est nommé médecin-dentiste des hôpitaux, en remplacement de M. le Dr Andrieu, décédé.

***

Congrès d'hygiène et de démographie. — M. Brouardel président du Comité d'organisation nous communique les documents cijoints relatifs au prochain Congrès d'hygiène.

« Au moment de la clôture du sixième Congrès international d'hygiène réuni à Vienne en 1887, quand on s'occupa de fixer la date du septième Congrès qui devra avoir lieu à Londres, les membres français demandèrent que cette date fût reportée à l'année 1891. Ils firent remarquer que, sans vouloir interrompre la série officielle des Congrès internationaux, ils comptaient organiser à Paris en 1889 un Congrès d'hygiène auquel ils convieraient leurs collègues et amis de l'étranger.

Il n'était pas possible en effet qu'au moment d'une exposition universelle, qui groupera tant de matériaux intéressants pour l'hygiène, on ne songeât pas à réunir les hygiénistes éminents qui viendront les étudier.

Nos collègues étrangers voulurent bien approuver cette manière de voir ; nous les en remercions et ils peuvent être assurés qu'ils trouveront chez nous le même cordial accueil qu'ils se souviennent d'avoir reçu en 1878. Qu'ils viennent comme délégués de leurs Gouvernements, comme représentants de leurs villes, de leurs académies, de leurs sociétés savantes, ou qu'ils viennent comme simples particuliers, ils seront les bien reçus.

D'autre part, le nombre des hygiénistes français qui ont pris part aux Congrès internationaux si intéressants, qui ont eu lieu à Bruxelles, à Genève, à Turin, à la Haye, à Vienne, est nécessairement limité; beaucoup d'entre eux, retenus par leurs occupations et leurs devoirs, ne peuvent entreprendre un voyage un peu long et ne comprennent pourtant l'utilité qu'il y a de s'entendre, de se concerter sur une foule de points de cette science de l'hygiène qui préoccupe si justement les gouvernements, les administrations, les philanthropes et les savants. C'est surtout pour les membres des Conseils d'hygiène des départements et des arrondissements, pour les membres des Commissions des logements insalubres, pour les administrations des établissements hospitaliers, pour tous ceux que leurs fonctions ou leur situation obligent à s'occuper des mêmes questions sur des points fort éloignés du territoire, que ce besoin d'entente est impérieux et que de telles réunions sont utiles. Nous sommes certains qu'ils saisiront cette occasion de se connaître et de travailler ensemble.

Nous serons heureux de voir aussi les maires et les conseils municipaux répondre à notre appel et témoigner, par l'envoi de

délégations, de l'intérêt qu'ils portent aux questions d'hygiène urbaine et rurale, c'est-à-dire à la santé des populations dont ils sont les représentants.

Le Congrès international d'hygiène de Paris, provoqué par le Comité consultatif d'hygiène publique de France et par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, se tiendra du 4 au 11 août 1889 à la Faculté de médecine.

Les travaux seront répartis entre *huit sections*, conformément au tableau que nous vous adressons ci-joint.

Indépendamment des communications faites par les membres du Congrès à titre privé, un certain nombre de questions ont été mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation; ces questions feront l'objet de rapports préliminaires, qui seront adressés à tous les membres qui auront fait acte d'adhésion et qui auront versé le montant de la cotisation fixé à 20 francs.

Il est nécessaire que les adhésions soient adressées *le plus tôt possible au Secrétariat du Congrès, 28, rue Serpente, à Paris* (hôtel des Sociétés savantes), afin que le Comité d'organisation puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer un tirage suffisant des rapports préliminaires et des divers documents.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

Le Président, Dr P. BROUARDEL.

Bureau nommé par le Comité d'organisation. — Présidents d'honneur : MM. Bergeron (le docteur), Gréard, de Freycinet, Chauveau, Pasteur, Levasseur.

Président : M. Brouardel (le docteur).

Vice-Présidents : MM. E. Trélat, Siegfried, J. Rochard, H. Monod, Nicolas, L. Colin, Lagneau, Levraud.

Secrétaire général : M. Napias (le docteur H.).

Secrétaire général adjoint : M. Martin (le docteur A. J.).

Trésorier : M. Thévenot (le docteur A.).

Archiviste : M. Neumann (le docteur).

Sections du Congrès international d'hygiène de Paris, 1889. *Section I. Hygiène de l'enfance.* — Allaitement. — Protection et hygiène du premier âge. — Hygiène scolaire. — Surmenage, etc.

Section II. Hygiène urbaine et rurale. — Construction et disposition des habitations privées et collectives. — Chauffage. — Ventilation. — Canalisations souterraines. — Logements insalubres. — Constructions rurales. — Etables. — Fosses à fumier, etc.

Section III. Bactériologie appliquée à l'hygiène. — Maladies épidémiques et contagieuses, etc.

Section IV. Hygiène industrielle et professionnelle. — Enfance ouvrière. — Industries insalubres. — Maladies et accidents professionnels.

Section V. Hygiène internationale et Police sanitaire

Section VI. Hygiène alimentaire. — Falsifications. — Eau potable. — Filtrage, etc.

Section VII. Démographie. — Statistique sanitaire.

Section VIII. Crémation. — La section VIII constituera en quelque sorte un Congrès spécial présidé par le président de la Commission internationale de crémation, mais sous l'autorité du Comité d'organisation.

Questions proposées par le Comité d'organisation. 1° *Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance.* — Rapporteurs : MM. le Dr Landouzy, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris; et le Dr H. Napias, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'intérieur.

2° *De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes.* — Rapporteurs : MM. du Mesnil, membre de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène; et Journet, ingénieur des ponts et chaussées, attaché à la direction des travaux de Paris.

3° *Régime et di bution de la température dans l'habitation.* — Rapporteurs : MM. Emile Trélat, directeur de l'Ecole spéciale d'architecture; et Somasco, ingénieur.

4° *Action du sol sur les germes pathogènes.* — Rapporteurs : MM. le Dr Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris; et le Dr Richard, médecin-major, membre du Comité consultatif d'hygiène.

5° *Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels.* — Rapporteur : M. le docteur J. Arnould, médecin inspecteur de l'armée, professeur à la Faculté de médecine de Lille; et le Dr A.-J. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène.

6° *De l'assainissement des ports.* — Rapporteur : M. le Dr A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Paris, inspecteur général des services sanitaires, etc.

6° *Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques.* — Rapporteurs : MM. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Pouchet, membre du Comité consultatif d'hygiène; et le Dr Loye.

8° *De la statistique des causes de décès dans les villes.* — Rapporteur : le Dr J. Bertillon, chef du service démographique de la ville de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, etc.

***

Hospice national des Quinze-Vingts. — Par arrêté du 24 mai 1889 il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints de la Clinique ophthalmologique annexe à l'Hospice national des Quinze-Vingts.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de Docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-cinq ans au jour de l'ouverture du concours.

Ils adresseront leur demande, un mois au moins avant l'ouverture du concours au Ministre de l'Intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Cette demande sera accompagnée : 1° de l'acte de naissance du postulant, 2° de ses diplômes : 3° de ses états de services et notamment des certificats, établissant que le postulant aurait été attaché, à un titre quelconque, soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux; 4° enfin d'un exemplaire de sa thèse et des publications scientifiques dont il serait l'auteur.

Les candidats devront en outre prendre dans leur demande l'engagement : 1° de consacrer au service de la Clinique nationale ophthalmologique le temps de présence régulière que comporte la fonction de médecin-adjoint; 2° de se conformer aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 10 août 1888 portant réorganisation du personnel médical de la clinique nationale, lequel est ainsi conçu : « Les médecins et les médecins-adjoints ne pourront avoir la direction ni être intéressés dans la gestion d'une clinique particulière ».

— Le Jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq médecins spécialistes pour les maladies des yeux, dont l'un sera nécessairement choisi parmi les médecins de la Clinique nationale ophthalmologique, ces médecins seront désignés par le Ministre de l'Intérieur ainsi que le Président du jury.

— Les épreuves du concours sont au nombre de quatre :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie oculaires. Il sera accordé deux heures pour traiter le sujet;

2° Une épreuve clinique portant sur deux malades. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des malades; vingt minutes d'exposition;

3° Une épreuve opératoire sur un animal ou un cadavre;

4° Un exposé par le candidat de ses titres et de ses travaux scientifiques. Il sera accordé vingt minutes pour cet exposé.

— Tout candidat nommé à un emploi de médecin adjoint de la Clinique ophthalmologique ne le sera désormais qu'à titre provi-

soire et devra accomplir, avant sa titularisation définitive, un stage de six mois à l'expiration duquel le directeur de l'Hospice national, dans un rapport, accompagné de l'avis motivé des deux médecins de la clinique, rendra compte au Ministre de la façon dont le médecin-adjoint stagiaire se sera acquitté de son service depuis son entrée en fonctions.

— Le prochain concours aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août prochain.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de botanique médicale cryptogamique, suivi d'un tableau du droguier de la Faculté de médecine de Paris, par H Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un beau volume grand in-8° de 400 pages avec 370 figures. Prix : 10 francs. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité d'anatomie humaine, par L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, avec la collaboration de MM. Féré et Vialleton. — Tome I : Ostéologie, Arthrologie, Myologie. Un beau volume grand in-8° de 770 pages avec 454 figures, dont un grand nombre en deux et trois couleurs dans le texte. Prix : 16 francs.

L'ouvrage sera complet en trois volumes. Les tomes II et III sont sous presse et paraîtront incessamment. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Electricité médicale : *Eclairage et Galvanocaustique*, par le Dr J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Une brochure in-12 de 50 pages avec 23 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50.

La santé par l'exercice et les agents physiques, par le Dr E. Monin, rédacteur scientifique au *Gil Blas*, avec une préface de Ph. Daryl Un volume in-18 de 200 pages. Prix : 2 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 JUIN 1889.

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 0. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup. 26. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses, 58. — Autres 5 — Méningite, 51 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39 — Paralysie, 5 — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 35. — Bronchite chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 25. — Pneumonie, 52 — Gastro entérite des enfants : Sein, 14 — Biberon, 58. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4 — Fièvre et péritonite puerpérales 6 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 22. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 183. — Causes inconnues, 9. — Total : 1015.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris Typ A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

60e Année. 7e Série. Tome VI. N° 25 22 Juin 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

CHIMIE MEDICALE

Sur le traitement du diabète.

Le diabète. — Physiologie pathologique et indications thérapeutiques. Essai de chimie biologique appliquée à la thérapeutique.

Par M. Albert Robin.

(*Suite*) (1)

IV

Les défenseurs de la théorie de la diminution des oxydations, ne pouvant rien opposer à ces faits, n'ont plus que deux arguments à faire valoir.

Le premier, c'est la vieille expérience de Pettenkoffer et Voit, qui constatèrent jadis que le diabétique éliminait moins d'*acide carbonique* qu'un individu sain. Si ce terme ultime des combustions diminue, c'est que ces combustions elles-mêmes fléchissent; voilà l'argument qu'on appellera certainement à l'aide.

Mais, à ces expériences anciennes, je réponds par des expériences nouvelles et inédites, bien plus précises, effectuées par M. Quinquaud, et que celui-ci a bien voulu nous communiquer. Quatre individus sains, présentant un certain degré d'obésité, ont rendu par kilogramme et par heure, 27, 33, 34 et 37 centigrammes d'acide carbonique, soit une moyenne de 327 milligrammes. Quatre diabétiques, observés dans les mêmes conditions, éliminaient par kilogramme et par heure, 27, 33, 40 et 57 centigrammes d'acide carbonique, soit une moyenne de 402 milligrammes !

J'arrive au second argument. Oui, dira-t-on, nous sommes convaincus par l'évidence des faits et nous admettons l'exagération des oxydations dans le diabète; mais l'oxydation n'est pas le seul acte chimique de la désintégration cellulaire, de la désassimilation : prouvez-nous que les autres actes chimiques ne sont pas diminués et que cette exagération des combustions n'est pas simplement une action vicariante ?

Ce serait déjà une réponse péremptoire que d'établir à quel taux s'élève la désassimilation du diabétique. S'il est un fait admis sans réserve, c'est que *cette désassimilation est exagérée dans sa totalité*, qu'abstraction faite du sucre, le diabétique excrète, par kilogramme de son poids, plus de matériaux solides qu'un homme sain. Avec une désassimilation totale accrue, avec des combustions toujours exagérées des produits de cette désassimilation, quel est donc l'acte mystérieux de la nutrition du diabétique qui pourrait bien être ralenti ?

Sont-ce les *dédoublements* et les *hydratations ?* C'est peu probable, puisque ce sont les premiers actes de la nutrition élémentaire, et que, d'après les recherches classiques de M. Schutzenberger et de M. Hoppe Zeyler, les hydratations, marchant de pair avec des dédoublements successifs, sont le mode essentiel des actes de la première désassimilation des matières albuminoïdes.

Sont-ce les *actes de synthèse ?* Mais voici deux produits syn-

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Suite (1).

Le nom de Duchenne (de Boulogne), on le sait, restera attaché à l'histoire de l'*ataxie locomotrice*. *Restera attaché !* je m'avance peut-être un peu trop en employant cette expression : car voici justement qu'une sorte de croisade commence contre ce qu'on appelle les *maladies à noms propres*. Les listes publiées à cette occasion sont un peu chargées, on en conviendra. Que le nombre de ces maladies soit diminué et notablement, je n'y ferai aucune objection. En effet, beaucoup de noms propres n'ont servi qu'à étiqueter un simple symptôme, une lésion nouvellement décrite, et non à désigner un syndrome ou une maladie constituée dans son ensemble et de toutes pièces. Il y a eu abus, exagération, surtout dans la confection de ces listes. Mais des excès que tout le monde blâmera ne sauraient autoriser, encore moins justifier une proscription draconienne.

Un ostracisme aussi absolu n'excuserait-il pas cet homme à mauvaise langue qui prétendait que ceux-là seuls se montrent proscripteurs féroces qui ne risqueront jamais de voir leur nom entrer dans cette pléiade d'étoiles brillant au firmament de la nomenclature pathologique ; et cet autre à langue non moins sévère et méchante, qui ne voit dans cette levée de boucliers qu'une extension au corps médical de la manie de l'égalité, aujourd'hui à son apogée dans notre monde politique sinon social. Cette égalité à la Tarquin qui consiste à supprimer ou à rabaisser des hommes que leur travail, leur intelligence, leur honnêteté, ou leurs mérites tendent à relever au-dessus du niveau commun, est on ne peut plus condamnable. Combien ne vaudrait-il pas mieux faciliter l'élévation à un niveau supérieur de ceux qui restent au-dessous, au lieu d'avilir une société tout entière en flattant les plus bas instincts de l'humanité : la paresse, la jalousie, la haine des lumières, en un mot la basse envie sous toutes les formes !

Non, ce n'est pas ce sentiment qui anime les champions de la

(1) Voir le numéro précédent.

thétiquement formés dans l'organisme, les corps sulfoconjugués et l'acide hippurique, que le diabétique fabrique et élimine en abondance.

Pour ce qui concerne l'*acide sulfurique conjugué*, on sait qu'il varie de 100 à 150 milligrammes dans l'état normal (1). Qu'on se reporte à mon tableau n° 2, et l'on verra que, chez cinq diabétiques, il a varié de 142 à 673 milligrammes, avec une moyenne de 365 milligrammes, moyenne supérieure aux chiffres les plus élevés qui aient été rencontrés chez les sujets bien portants (2).

Passons à l'*acide hippurique* qui est engendré par la synthèse de l'acide benzoïque et du glycocolle. En 1875, Lehmann annonçait déjà qu'il existait en grande quantité dans l'urine des diabétiques, et Wicke disait, plus tard, avoir examiné un diabétique qui en rendait une proportion assez considérable pour que cet acide se déposât, sans concentration préalable de l'urine, par la simple addition d'acide chlorhydrique. Moi-même, sur dix diabétiques examinés à ce point de vue, j'ai toujours trouvé des quantités très notables d'acide hippurique, sans pouvoir cependant fournir de chiffres exacts, à cause de l'incertitude des procédés de dosage dont nous disposons. Ce que je puis affirmer, en tout cas, c'est qu'il est plus abondant qu'à l'état normal.

V

Après cette longue discussion, dans laquelle, toute théorie étant écartée, je n'ai mis en avant que des faits, j'ai l'espoir que la lumière est faite et que la suractivité de tous les actes chimiques de la nutrition, au premier rang desquels figurent les oxydations, ne saurait plus faire de doute pour personne. Et si nous rapprochons cette suractivité du grand fait de l'existence du sucre dans l'urine normale, que M. Germain Sée a si ingénieusement démontrée avec M. Quinquaud, Brucke, Bence-Jones, Iwanoff, Armand Gautier, Pavy, ne résulte-t-il pas de cette comparaison une éclatante confirmation des idées de Claude Bernard ?

Mais je prévois l'objection. Il est acquis que les actes chimiques de la nutrition élémentaire sont exagérés chez les diabétiques; mais, pour apporter cet appoint de la chimie biologique à la théorie de Claude Bernard, il faudrait démontrer encore l'exagération de certaines *activités organiques particulières*, qui conditionneraient précisément le diabète, puisque l'exagération des échanges généraux est un phénomène commun à de nombreux états morbides.

Je vais établir, pour donner cette preuve, qu'il y a, chez les diabétiques, une *suractivité chimique dans la nutrition du foie et du système nerveux*.

A vrai dire, pour ce qui a trait au *foie*, il suffirait de la glycosurie. Mais cette preuve ne serait qu'un renversement de la question, d'autant que j'ai d'autres arguments à présenter. En effet, les physiologistes ont depuis longtemps remarqué l'influence exercée par le foie sur la *genèse de l'urée*, et les recherches si connues de M. Charcot et de M. Brouardel sont venues confirmer, cliniquement, les données de la physiologie : on admet aujourd'hui que la quantité d'urée dépend de l'intégrité des cellules du foie et surtout de l'activité plus ou moins grande de la circulation hépatique. Le diabète est l'une des maladies dans lesquelles on élimine la plus grande quantité d'urée, puisqu'on a vu celle-ci atteindre le chiffre invraisemblable de 100 grammes en vingt-quatre heures. Bien que le chiffre de l'urée soit alors influencé puissamment par le mode d'alimentation du diabétique, il ne relève pas de cette seule origine; je n'en veux pour preuve que ce malade de Sydney-Ringer dont M. Jaccoud nous a fait connaître l'histoire (1), et qui, en pleine diète, excrétait 48 grammes d'urée et 105 grammes de sucre.

Nous savons aussi quel rôle joue l'activité hépatique dans l'*acte de synthèse générateur de l'acide hippurique*; et l'augmentation de cet acide dans les urines des diabétiques nous est encore une démonstration de l'exagération de cette activité.

C'est aussi sur des faits chimiques que je vais baser ma

(1) G. Hoppe-Zeyler et Welden ont noté des quantités plus élevées, mais il résulte de mes recherches (L'acide phénique et la fièvre typhoïde, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1884), que leurs chiffres, beaucoup trop hauts, constituent un maximum rarement atteint dans l'état de santé, en dehors de certaines conditions alimentaires exceptionnelles, comme l'excès d'alimentation végétale

(2) G. Hoppe-Zeyler donne comme moyenne 0,220, et Welden, 0,2787.

(1) Jaccoud. *Clinique médicale de la Charité*, 1867, p. 792. — Voyez aussi le cas de Bouchardat qui vit son malade, mangeant à peine, rendre 45 grammes d'urine par jour.

---

guerre aux noms propres! C'est plutôt le besoin de satisfaire une question de doctrine, et le désir de simplifier le terminologie de la médecine.

La médecine, en effet, semble bien loin encore de cet état de perfection qui a été défini par un philosophe en quelques mots : *Une science est formée lorsqu'elle a une langue bien faite.*

Quand donc atteindrons-nous cet idéal? Et en attendant ne vaut-il pas mieux continuer à honorer nos gloires, en rappelant par sa dénomination que tel groupe morbide a été décrit par tel travailleur, tel pionnier de la science.

D'autant, que le nom qu'on inventera pour désigner les maladies ainsi débaptisées ne seront que des noms provisoires, ou des définitions incomplètes. A un titre assez clair et qui ne compromet pas plus la vérité qu'il n'engage l'avenir, n'est-il donc pas imprudent de venir substituer une terminologie qui variera suivant les pays et suivant les auteurs de nosologie?

Les anatomistes ont été bien plus sages! N'ont-ils pas conservé ces noms qui font vivre la mémoire des créateurs de la science? Le trou de Botal, l'hiatus de Fallope, le bouquet de Riolan, l'antre d'Highmore, l'ergot de Morand, l'apophyse d'Ingrassias, etc., etc., en disent, autant sinon mieux à notre esprit que les noms créés par Chaussier en myologie, pour désigner les muscles d'après leurs insertions! Toujours des définitions incomplètes dans ces essais de terminologie.

Et si je laisse de côté le vocabulaire du professeur Piorry, c'est pour ne pas avoir le triomphe trop facile!

***

Si encore les questions de ce genre qui intéressent toutes les nations pouvaient se résoudre dans un Congrès international dont les décisions auraient force de loi dans les pays civilisés, toutes nos objections tomberaient, et nous nous inclinerions devant le verdict d'un jury compétent et tout puissant.

Mais hélas! au milieu d'une vingtaine de Congrès pouvant intéresser plus ou moins les médecins qui vont se réunir cet été à Paris, nous n'en voyons aucun qui se soit imposé la tâche de résoudre les problèmes de nomenclature médicale. Il n'en est même pas pour traiter de cette question d'une langue scientifique internationale que quelques sociétés médicales de Paris, bien inspirées assurément, ont rajeunie de Leibnitz et de Bossuet. Mais au XVIIe siècle et jusqu'au commencement du siècle présent, le latin

proposition relative à l'*augmentation des oxydations du système nerveux*.

J'ai démontré récemment, en étudiant l'action de l'antipyrine sur la nutrition, que, dans tous les cas où l'activité fonctionnelle du système nerveux était stimulée, il y avait diminution du phosphore incomplètement oxydé de l'urine. En voici de rapides exemples :

Un ataxique qui souffre pendant le jour de douleurs fulgurantes et d'un véritable état névrosiaque, puis qui s'endort épuisé de fatigue et de souffrance, excrète moins de phosphore incomplètement oxydé pendant la période diurne et douloureuse que pendant la période nocturne et d'accalmie.

	Période d'activité nerveuse Jour, par heure.	Période d'accalmie. Nuit, par heure.
Acide phosphorique total.........	0.1044	0.110
Phosphore incomplètement oxydé.	0.00168	0.00240
Coefficient d'oxydatiou phosphorée	98.39 0/0	98.95 0/0

Dans toutes les affections qui mettent en jeu l'excitabilité nerveuse, le coefficient des oxydations phosphorées s'élève notablement, et il n'est pas rare, si l'on pratique de fréquents examens d'urine, de voir apparaître temporairement du sucre en quantité assez notable pour qu'il soit facilement décelé par la liqueur de Fehling. Les observations suivantes en font foi.

	Coefficient d'oxydation phosphorée.
1° Femme névropathe. Névrite très douloureuse du plexus brachial. A présenté parfois des traces de sucre dans les urines de la digestion............	98.88 0/0
2° Femme atteinte de paralysie agitante. Pas de sucre dans cinq examens d'urine......................	98.66 —
3° Jeune fille névropathe, neurasthénique, idées à persécution, veut se laisser mourir de faim. Albuminurie passagère. Traces de sucre dans un examen sur dix.................................	98.94 —
4° Femme neurasthénique ; céphalée datant de sept années. Pas de sucre sur six examens.............	99.15 —
5° Femme hystérique. Urine examinée une seule fois, peu après une crise. Pas de sucre................	98.55 —
6° Femme. Excitation nerveuse faisant craindre aliénation mentale. Idées de persécution, nostalgie, tachycardie. Deux examens, pas de sucre........	98.18 —
7° Homme. Névropathe, excitation cérébrale et génésique, survenant par accès. Deux examens d'urine. La première fois, polyurie et traces de sucre (quantité, 2650. Sucre, 4 gr. 10)..................	97.97 —

En réunissant tous ces cas, on constitue une moyenne de 98.65 p. 100 comme coefficient des oxydations phosphorées, vis-à-vis d'une normale de 97.6 p. 100 pour l'état normal et de 98.52 p. 100 chez les diabétiques.

La thérapeutique a confirmé la proposition que je viens d'émettre, puisque je suis en mesure d'annoncer que les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse diminuent le coefficient d'oxydation phosphorée, et que les medicaments qui augmentent l'excitabilité nerveuse, comme la strychnine, augmentent parallèlement le même coefficient.

En résumé, *il existe chez le diabétique non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.*

VI

La chimie biologique, qui laisse de côté toute hypothèse et qui ne s'appuie que sur la certitude de la réaction et sur l'inflexibilité du chiffre, vient donc apporter une confirmation, pour ainsi dire mathématique, à la théorie que le génie de Claude Bernard avait déduite de ses expériences physiologiques.

Le diabète est essentiellement conditionné par une fabrication anormale de sucre, par un fonctionnement exagéré de la cellule hépatique. Ce fonctionnement accru trouve, le plus habituellement, son point de départ dans une excitation nerveuse primitive; mais on conçoit que toute cause capable de stimuler la cellule hépatique, soit directement, soit réflexement, aboutira aux mêmes conséquences. Dickinson a décrit des glycosuries par abus d'alimentation féculente ou sucrée : ces glycosuries sont transitoires, parce que le fonctionnement de la cellule n'est excité qu'à certains moments : il ne s'agit d'abord que d'un acte local, mais qui peut, à la longue, mettre en branle le système nerveux et créer le diabète vrai, c'est-à-dire l'excitation continue. En thérapeutique la suppression

---

pouvait facilement servir de langue scientifique, tandis que si Ovide revenait au monde aujourd'hui, c'est parmi nous plus que parmi les Daces qu'il pourrait s'écrier :

Barbarus hic ego sum quia non intelligor illis. »

Aussi les chauvins proposent-ils de choisir le français comme langue internationale.

Notre patriotisme applaudirait des deux mains si cette solution était adoptée. Mais je crois que ni les Anglais, ni les Allemands n'ont pas encore été consultés à ce sujet. Et je redoute leur réponse. Il y aurait une troisième solution et qui supprimerait bien des difficultés. Aucune nationalité ne pourait être jalouse de sa voisine, car on a proposé de choisir le *volapuck*. Il n'y a donc pas assez de langues vivantes ou mortes, pour qu'on nous impose l'obligation d'eu apprendre une nouvelle créée de toutes pièces, que personne ne parlera correctement, sauf peut-être l'inventeur, et encore !

Ah ! que si un Congrès, mais un immense Congrès, une sorte de Congrès de Vienne perfectionné et généralisé, décidait que désormais le volapuck sera la langue de toutes les nations, civilisées ou non, qu'à partir de la promulgation des statuts dûment élaborés, seul le volapuck serait enseigné dans toutes les écoles, employé dans les livres nouveaux, dans les journaux, etc., avec sanctions pénales à l'appui, et même coercitions armées par les autres tenants de cette sainte alliance contre toute nation qui n'adopterait pas ou répudierait la langue nouvelle, nous applaudirions de suite. Mais hélas ! cela est un rêve ; un beau rêve sans doute et presque aussi beau que celui de la Paix Universelle.

Et nous craignons bien, tout en le regrettant, que le volapuck ne reste pour bien longtemps encore un simple *charabia* plus on moins international.

Dr Péter-Paul SOMANS.

des amylacés et des sucres agit peut-être autant en privant le foie de son excitant habituel qu'en supprimant la matière première du glycogène. Le diabète pancréatique de M. Lancereaux ne provient-il pas lui-même de l'*excitation continue et directe* excercée sur la cellule hépatique par la lésion d'un organe voisin en communanté nerveuse avec elle : peut-être un examen histologique des ganglions et des filets nerveux du plexus cœliaque révélerait-il alors des altérations matérielles?

Mais je ne veux pas m'attarder aux théories : si logiques et si fondées qu'elles soient, elles ne valent pas un fait bien observé.

Aussi, sans chercher à pénétrer le mystère des causes, je ne veux m'attacher uniquement qu'aux faits indiscutables.

C'est le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique commandée par une excitation nerveuse directe ou réflexe qui doit être le pivot de la *thérapeutique rationnelle du diabète;* et si quelques doutes pouvaient rester dans l'esprit après les documents que j'ai accumulés, j'espère que ces doutes seront bientôt dissipés par ce qui me reste à dire au sujet de certaines actions médicamenteuses appliquées au diabétique, actions qui, suivant le vieil adage « *naturam morborum ostendunt curationes* », vont me fournir un dernier et décisif argument.

En effet, si le diabète est une maladie par exagération de la nutrition, l'indication dominante de son traitement, c'est de ralentir les mutations nutritives et non de les accélérer encore. Or, je vais démontrer qu'*un médicament qui ralentit la nutrition générale du système nerveux diminue à coup sûr la glycosurie.* Il s'agit de l'*antipyrine.*

Ce n'est pas que je sois un partisan absolu du traitement du diabète par l'antipyrine, mais on sait qu'elle diminue, chez l'homme sain, les coefficients d'oxydation des matières azotées soufrées et phosphorées, en même temps qu'elle abaisse le taux de la désintégration générale : il en va de même chez le diabétique, et voici deux expériences à l'appui :

Sous l'influence de l'antipyrine, *les matériaux solides* de l'urine, qui indiquent le taux de la désassimilation générale, subissent d'abord quelques oscillations, puis s'abaissent régulièrement jusqu'à un point fixe : cette diminution porte exclusivement sur les *matières organiques*, les *sels* ne variant que d'une manière insignifiante.

Action de l'antipyrine sur la désassimilation générale chez les diabetiques.

	Matériaux solides.	Matériaux organiques.	Matériaux inorganiques
	grammes.	grammes.	grammes.
PREMIER CAS.			
Avant l'antipyrine............	98.40	82.64	15.76
4 gr. antipyrine : du 1er au 3e j.	78.26	62.77	15.49
— 4e au 6e j.	67.36	52.44	14.95
— 7e au 9e j.	48.29	31.80	16.50
— 10e au 11e j.	42.09	24.97	17.11
Après l'antipyrine...........	60.01	40.85	19.15
DEUXIÈME CAS.			
Avant l'antipyrine............	74.46	58.09	16.38
4 gr. antipyrine: du 1er au 3e j.	63.13	47.20	15.92
— 4e au 6e j.	56.36	38.90	17.46
— 7e au 9e j.	57.05	39.47	17.58
— 10e au 13e j.	53.19	37.86	15.33
Aprés l'antipyrine...........	80.12	65.85	14.26

L'*azote incomplètement oxgdé* augmente, ce qui revient à dire que les oxydations azotées diminuent, comme le prouve, d'ailleurs, la *constante diminution du coefficient d'oxydation.*

Action de l'antipyrine sur les oxydations azotées des diabétiques.

	Azote incomplètement oxyde.	Coefficient d'oxydation azotée.
PREMIER CAS.		
Avant l'antipyrine............	0.859	88 1 0/0
4 gr. antipyrine : du 1er au 3e j.	0.992	85.1 0/0
— 4e an 4e j.	1.231	82.6 0/0
— 7e au 9e j.	1.079	84.6 0/0
— 10e an 11e j.	2.038	73.9 0/0
Après l'antipyrine...........	1.110	86.2 0/0
DEUXIÈME CAS.		
Avant l'antipyrine............	0.608	91.4 0/0
4 gr. antipyrine : du 1er an 3e j.	1.199	78.6 9/0
— 4e au 6e j.	1.947	75.6 0/0
— 7e au 9e j.	1.585	80.9 0/0
— 10e an 13e j.	2.093	75.5 0/0
Après l'antipyrine...........	1.518	80.2 0/0

Les oxydations des matières sulfurées et phosphorées diminuent dans de notables proportions, et, par conséqnent, on voit diminuer leurs coefficients d'oxydation et augmenter le poids du soufre et du phosphore incomplétement oxydés.

Action de l'antipyrine sur les oxydations phosphorées des diabétiques.

	Acide phosphorique total.	Phosphore incomplètement oxydé.	Coefficient d'oxydation phosphorée
Avant l'antipyrine........	2.334	0.0469	97.99 0/0
Pendant l'antipyrine.....	1.389	0.0449	96.77 0/0
Après l'antipyrine.......	0.960	0.0199	97.92 0/0

Pendant que l'antipyrine modère ainsi les mutations générales du diabétique, pendant qu'elle amoindrit ses oxydations nerveuses, que se passe-t-il du côté de la glycosurie? La réponse est prévue d'avance ; elle abaisse la formation du sucre, elle diminue la *glycosurie.* J'ai réuni, dans le tableau ci-dessous, les variations du sucre, concurremment avec celles des matériaux organiques et du coefficient d'oxydation azotée dans les deux cas qui m'ont servi de type (1).

Variations simultanées du sucre, des matériaux organiques, et des coefficients d'oxydation azotée, sous l'influence de l'antipyrine chez deux diabetiques.

PREMIER CAS.	Matériaux organiques.	Sucre.	Coefficient. d'oxydation.
	grammes.	grammes.	
Avant l'antipyrine...........	82.64	57.59	88.1 0/0
4 gr.antipyrine : du 1er au 3e j.	62.77	40.94	85.1 0/0
— 4e au 6e j.	52.44	22.37	82.6 0/0
— 7e au 9e j.	31.80	7.34	84.6 0/0
— 10e au 11e j.	24.97	4.91	73.9 0/0
Après l'antipyrine...........	40.85	18.17	86.2 010

(1) Ces deux observations sont citées à titre d'exemple. Les autres cas, tous confirmatifs, seront réunis dans un mémoire d'ensemble qui paraîtra dans quelques mois.

DEUXIÈME CAS.

Avant l'antipyrine........	58.09	40.02	91.4 0/0
4 gr. antipyrine : du 1er au 3e j.	47.20	20.91	78.6 0/0
— 4e au 6e j.	38.90	7.15	75.6 0/0
— 7e au 9e j.	39.17	14.16	80.9 0/0
— 10e au 13e j.	37.86	8.15	75.5 0/0
Après l'antipyrine..........	65.85	27.69	80.2 0/0

Le parallélisme est aussi parfait que possible : le sucre baisse en même temps que les oxydations, et l'expérience thérapeutique confirme mathématiquement la loi de physiologie pathologique à laquelle m'a conduit la chimie vitale du diabète. A quelque point de vue qu'on l'envisage, le problème se résout de la même façon; toutes les preuves confirment résolument cette solution : la physiologie et la thérapeutique se prêtent un mutuel point d'appui.

VII

Alors tout s'éclaire, et, si ces recherches nouvelles n'aboutissent pas immédiatement à fixer le traitement hygiénique et médicamenteux du diabète, on peut dire toutefois qu'on sait dans quelle voie on doit marcher. Le jour où l'on connaîtra nettement l'action des divers agents médicamenteux sur les oxydations générales azotées, ternaires, soufrées et phosphorées, leur influence sur les autres actes chimiques de la vie cellulaire, on expérimentera ceux de ces agents qui ont une influence restrictive sur les oxydations azotées et nerveuses, et l'on rejettera, d'emblée, tous ceux qui les accélèrent. La clinique viendra parfaire l'œuvre, guidée qu'elle sera par de réelles et certaines indications physiologiques.

Si je ne craignais d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie je pourrais lui soumettre déjà les essais que j'ai tentés. Qu'on me permette d'en citer quelques-uns à titre d'exemple.

M. Worms vante le *sulfate de quinine* à faible dose, et lui attribue un certain nombre de ses succès dans le traitement du diabète. La physiologie lui donne pleinement raison, puisque le sulfate de quinine amoindrit la destruction des matières albuminoïdes et des organes riches en soufre et en phosphore (1). C'est un médicament sous-oxydant s'il en fut, puisque Bœck et Bauer ont prouvé qu'il diminuait à la fois l'excrétion d'acide carbonique et l'absorption d'oxygène (2).

L'*arsenic* jouit, dans le traitement du diabète, d'une faveur qui ne s'est jamais démentie. Et cependant l'arsenic réduit les oxydations générales et les mutations azotées et phosphorées, sans influencer les oxydations des principes non azotés. J'ai constaté, pour ma part, avec bien d'autres, la diminution des matériaux solides de l'urine et de l'urée après l'usage de préparations arsénicales; mais des recherches récentes m'ont montré que le coefficient des oxydations azotées baissait aussi de 3 à 4 p. 100, tandis que l'expérience du benzol n'a donné à Nencki et Scieber que des résultats négatifs.

Deux lapins, auxquels on administre 1 gramme de benzol, éliminent respectivement 306 et 262 milligrammes de phénol Et cependant, s'il ne guérit pas le diabète, l'arsenic guérit la glycosurie.

Comme exemple des effets de l'arséniate de soude sur les oxydations du diabétique et sur l'élimination du sucre, je citerai l'expérience personnelle suivante :

(1) Voyez, pour l'action du sulfate de quinine, de l'extrait de quinquina, de l'alcool et du café sur la nutrition - Albert Robin, *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales*, Paris, 1887, p. 80.

(2) Bœck et Bauer. *Zeitschrift f. Biologie*, t. X, p. 350, 1874.

Action de l'arséniate de soude sur la glycosurie et sur les oxydations du diabétique.

	Quantité.	Densité.	Urée.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
Avant le traitement.	2800	1036	42.53	154.35	86.4 0/0
Après 20 jours de traitement avec 0,005 d'arséniate de soude.......	2520	1027	41.69	73.66	83.5 0/0

Les *alcalins*, qui agissent au plus haut degré sur les oxydations, sont toujours considérés comme l'une des meilleures médications du diabète. Or, Rabuteau, Ritter et moi-même, avons montré quelle influence restrictive ils exerçaient sur les oxydations. Dans une des expériences de Rabuteau, entre autres, l'action retardatrice de la nutrition s'est encore accentuée après qu'on eut cessé la médication alcaline. Aussi M. Germain Sée a-t-il raison d'affirmer que les doutes récemment élevés au sujet de l'action des alcalins retombaient en entier sur la théorie du ralentissement de la nutrition. Mais cette théorie elle-même, si hautement défendue qu'elle soit, n'avait pu prévaloir contre le succès de certaines eaux minérales alcalines, de Vichy, par exemple.

Le *bromure de potassium*, étudié par Schulze (1) et par Chittenden et Cummins (2) a bien des inconvénients dans la pratique; mais il est acquis qu'il diminue fréquemment la glycosurie. Or, s'il n'abaisse que faiblement les oxydations azotées, il amène une diminution marquée dans l'élimination du phosphore; il restreint particulièrement les phosphates terreux, auxquels les belles recherches de M. Lépine attribuent une origine nerveuse; et Schulze conclut, de ses analyses, que le bromure de potassium diminue les mutations dans le système nerveux, au point d'engendrer un affaiblissement dans l'activité de ce système. Voilà un bel exemple d'un médicament théorique que la localisation même de son action doit faire repousser; mais la connaissance de ses effets dans la nutrition devait les désigner d'avance aux expérimentateurs comme pouvant combattre le symptôme glycosurie, si son influence dépressive sur le système nerveux, directeur de la nutrition, ne l'avait fait écarter par les cliniciens.

La *codéine* et les *préparations opiacées* sont encore, pour bien des praticiens, le dernier mot de la thérapeutique du diabète. Je trouve, dans mes expériences, la confirmation de cette pratique. Voici deux diabétiques, traités par la codéine, à la dose de 10 centigrammes par jour, chez lesquels le sucre diminua — pour réaugmenter d'ailleurs, après la cessation du médicament, — tandis que le coefficient d'oxydation diminuait dans une forte proportion :

Action de la codéine sur la glycosurie et les oxydations chez les diabétiques.

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
PREMIER CAS				
Avant la codéine.....	2430	1028	93.16	82.5 0/0
10 cent. de codéine pendant cinq jours.	1770	1027	72.47	76.1 —
DEUXIÈME CAS				
Avant la codéine.....	1240	1031	47.54	88.8 —
10 cent. de codéine pendant dix jours...	1077	1019	1.36	77.1 —

(1) Schulze-Einfluss des Bromkaliums auf den Stoffwechsel. *Zeitschrift für Biologie*, t. XIX, p. 301, 1883.

(2) Chittenden et Commins. Studies from Laboratory of phys. Chemistry of Yale university, t. II, p. 200, 1887.

Je veux dire encore un mot d'un traitement que la célèbre observation de M. Villemin a rendu presque classique : c'est le traitement par *l'opium et la belladone associés*. Cette méthode a déjà produit sinon des succès complets, du moins des améliorations assez marquées pour avoir conquis sa juste renommée. C'était le cas où jamais de rechercher si cette médication agissait sur les mutations élémentaires dans le sens restrictif. Trois expériences m'ont donné des chiffres aussi convaincants qu'il est possible.

Action du traitement de Villemin sur la glycosurie et sur les oxydations des diabétiques.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
Avant l'expérience	1820	1026	85.50	83.8 0/0
Après 12 jours de traitement.	1880	1025.5	48.20	73.6 —
Après 25 jours de traitement.	1300	1026.6	41.16	71.2 —

DEUXIÈME EXPÉRIENCE

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
Avant l'expérience	2510	1032.7	121.33	86.8 —
Après 2 jours de traitement..	1870	1034.5	89.11	80.8 —
Après 6 jours de traitement..	1790	1028	53.96	80.1 —
Après 11 jours de traitement.	1710	1021	12.52	78.2 —

TROISIÈME EXPÉRIENCE

	Quantité.	Densité.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
Avant l'expérience	1700	1032	80.53	90.2 —
Après 5 jours de traitement.	1250	1024	22.58	88.6 —

Dans les trois cas, la quantité du sucre et de l'urine, la densité diminuent, pendant que les oxydations azotées subissent une réduction non douteuse.

Gubler conseillait aux diabétiques les dynamophores, c'est à-dire les médicaments auxquels il attribuait le pouvoir d'intégrer une sorte de force de résistance dans les organes, d'augmenter, comme il disait, les forces radicales. C'est à cette même classe de moyens thérapeutiques que M. Germain Sée assigne la propriété de restreindre les échanges; il leur a donné le nom significatif de *médicaments d'épargne*. On pourrait condenser dans une formule compréhensive la thérapeutique du diabète, en disant qu'elle relève tout entière de la médication d'épargne.

(A suivre).

REVUE GÉNÉRALE

DES MANIFESTATIONS INFECTIEUSES EXTRAPULMONAIRES DE LA PNEUMONIE. CONTAGIOSITÉ DE LA PNEUMONIE.

Par le Dr Henry BARBIER.

Suite (1).

Pour n'avoir que des observations d'une certitude absolue, Netter a éliminé toutes celles qui concernent les cas où la pneumonie revêt des allures épidémiques, parce que le *pneumocoque conservant son activité pathogène en dehors du corps humain*, les conditions d'infection sont ici beaucoup plus complexes.

Les observations que renferme le mémoire de Netter, pour la plupart empruntées à la littérature étrangère, concernent l'histoire d'individus sains, vivant dans un milieu non souillé de pneumocoques, et qui, mis en présence de malades atteints de pneumonie, ont été atteints eux-mêmes de la maladie. Telles sont les observations de *Butry* (1), de *Muller* (2) où la pneumonie frappe trois personnes sur quatre habitants d'une chaumière, de *Doly* où sept personnes furent atteintes sur un ménage de onze, de *Steih*, cinq sur six, de *Patchett* où cinq membres de la même famille furent frappés.

Dans *quelles conditions* se fait la contagion, en d'autres termes quelle est l'activité du contage pneumonique ?

La maladie frappe de préférence les individus qui ont avec les malades des rapports *continuels et prolongés*, aussi le séjour dans le lit du malade constitue un danger flagrant (Obs. de *Schrader*, Obs. de Netter); viennent ensuite les *personnes qui donnent leurs soins au malade* (Obs. de Séglas et autres). Enfin un *séjour rapide dans la chambre du malade*, une simple visite peuvent suffir (Obs. de *Flindt* et 25 et 26 du mémoire de *Netter*).

D'autre part, il n'est pas nécessaire pour que la transmission se fasse, que la personne contagionnée ait vu ou approché le malade. De *simples objets inertes* ayant été en contact avec ce dernier, *des objets de literie, le lit* même (Obs. de *Mendelsohn*, de Flindt) ou même un *objet d'ameublement* comme dans un cas de *Flinett* où ce fut un fauteuil qui communiqua la maladie.

Enfin, la contagion peut encore se faire par l'intermédiaire de sujets sains ayant été en contact plus ou moins intime avec le malade.

Jusqu'à présent il ne s'agit que de la contagion directe, mais le contage pneumonique peut se diffuser. Il résulte, en effet, des observations de *Besançon* (3), *Secrétan* (4), *Mery* (5), *Lancereaux* (6), *Rondet* (7), *Knœvenagelt* (8) *Busnier* (9), que la pneumonie peut se montrer chez un sujet par ce seul fait qu'il habite dans la même chambre que le pneumonique ; la plupart des ces observations concernent des convalescents qui, dans leur lit, prennent une pneumonie après l'admission dans la salle d'un malade atteint de cette affection et dont ils n'ont pu en aucune façon s'approcher. Cependant, il semblerait que le contage soit *peu diffusible*, l'intervalle de trois lits est le plus considérable qu'ait pu relever *Netter*.

Nous venons de voir, en suivant pas à pas le remarquable travail de *Netter*, que le pneumonique est un foyer de contagion au même titre qu'un scarlatineux ou un rubéolique, mais la question ne s'arrête pas là. Le pneumonique est guéri, la chambre qu'il a habité pendant sa maladie, les objets qui lui ont servi, peuvent-ils, au bout d'un certain temps, présenter encore quelque danger ?

Or, il résulte d'observations nombreuses cette conclusion : que la *contagion de la pneumonie peut encore se faire après la période aiguë*. La chambre du malade, les draps de lit, les vêtements, peuvent en être les agents ; et l'activité du contage a été observée au bout de 50 jours (un cas de *M. Cadet de Gassicourt*) et même bien davantage (20 jours, dans un cas de Flindt 21 et plus dans un autre).

Ces propriétés particulières du microbe de la pneumonie expliquent et relient entre elles ces pneumonies qui se succè-

(1) Voir les numéros des 1er et 17 juin 1889.

(1) Eine malig. Pneumonie. Arch. klin. med., 1881.
(2) Endemische pneumonie. Deutche. Arch. f. klin. med., 1877.
(3) In mémoire de Netter.
(4) Revue médicale de la Suisse Romande, 1885.
(5) In mémoire de Netter.
(6) Arch. gén. de méd., 1887.
(7) Lyon médical, 1887.
(8) Deutsch milit. Zeitsch. f., 1888.
(9) In mémoire de Netter.

dent dans une famille et dans un appartement : elles permettent d'entrevoir les caractères particuliers de ces sortes d'épidémies prolongées qui s'observent dans un groupement humain. C'est ainsi qu'une observation de Flindt (1) concerne une famille dans laquelle, après une pneumonie qui avait frappé la grand'mère en 1878, on ne constate pas moins de sept cas de pneumonie successifs en quatre ans.

Les pneumonies de maison ne sont pas moins curieuses.

Schrœder (2) cite une maison où en quinze ans, il n'y eut pas moins de 31 pneumonies : dans une autre il y en eut 16.

La connaissance que nous avons dès lors de la persistance d'action du contage pneumonique nous permet de concevoir *la prédisposition*, et une famille dans laquelle il y a eu un premier cas de pneumonie *est trois ou quatre fois plus exposée qu'une autre* (Netter) à en présenter l'année suivante.

M. Chaumier au Congrès de Blois en 1884 (3) avait déjà noté cette coïncidence (p. 4). Un certain nombre de ses observations mettent ce fait bien en évidence. Mais, au bout de combien de temps n'a-t-on plus à redouter la réapparition du mal? Se basant sur les observations de *Flindt*, *Chaumier*, *Keller*, *Schrœder*, M. Netter arrive à cette conclusion, que l'activité du contage tend à s'épuiser avec le temps et qu'au bout de la deuxième année on peut espérer être à l'abri de la contagion. Enfin, conclusion bien curieuse et bien instructive, la contagion s'opère avec la plus grande activité pendant la période aiguë, donne lieu cependant à un nombre bien moins grand de cas de transmission, que pendant la période, très longue comme on vient de le voir, qui suit la guérison : *il y a cinq fois plus de pneumonies faites après guérison du malade.*

De quelque valeur que soient les faits qui ont servi de base aux conclusions du travail de Netter, cependant ils ne pouvaient donner que ce que peut donner l'observation seule, surtout en ce qui concerne l'épidémiologie, c'est-à-dire une quasi certitude. La preuve expérimentale, si importante, faisait défaut.

M. Netter a comblé cette lacune de façon à ne laisser aucun doute. Il a donné la preuve scientifique de la résistance du germe pneumonique. Lorsqu'on isole des fragments de rate ou des fils de soie trempés dans le sang d'animaux ayant succombé à l'infection pneumonique, qu'on les dessèche, on peut constater que jusqu'au trente-deuxième jour l'inoculation de ces produits desséchés donne encore la maladie. Mais le trente-deuxième jour est le terme extrême. Passé ce terme, on peut se convaincre qu'ils ne restent pas inactifs mais qu'ils confèrent aux animaux inoculés, l'*immunité*.

Enfin un dernier point bien important, et qui explique les récidives :

La salive renferme des pneumocoques et du 4e mois à la fin de la 5e année elle est aussi active qu'au cours de la pneumonie. Voilà donc deux conditions : l'une en dehors de l'homme : la *dessiccation* de produits expectorés se conservant avec une virulence relative pendant un temps plus ou moins long ; l'autre la persistance des pneumocoques dans la salive des sujets ayant eu une pneumonie ; conditions qui favorisent la reproduction et les récidives de la maladie et qui jouent un rôle certain dans la marche épidémique de la pneumonie. M. Netter (4) a rencontré le microbe de la pneumonie 37 fois sur 49 malades examinés par lui.

(1) In mémoire de Netter.

(2) Thèse Kiel, 1882.

(3) Nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. Congrès de Blois, 1884. (Association française pour l'avancement des sciences.)

(4) Soc. Biologie. C. R. 1886-1887.

Wolf (*Wiener medicinische Blætter* 1888) 22 fois sur 24.

Frænkel l'avait trouvé 10 fois sur 20.

Fatichi l'a rencontré 5 fois sur 5 (*lo Experimentale* 1887).

Lorsqu'on injecte de la salive renfermant des pneumocoques on détermine selon le procédé et le lieu d'inoculation ou une pneumonie ou une infection. (Expérience de Pasteur avec la salive d'un enfant.)

Après guérison de la pneumonie, l'injection à des animaux de la salive a donné à M. Netter, sur 62 cas, 36 résultats positifs, soit une moyenne de 60 0/0.

Néanmoins si on se sert des produits de *Frænkel*, *Wolf*, *Fatichi*, *Bioudi* (Zeitschrift fur hygiene, 1887), ont donné seulement treize résultats positifs : soit une moyenne de 15 pour 100.

L'activité pathogène de la salive diffère d'ailleurs selon le temps qui s'est écoulé depuis la guérison de la pneumonie.

C'est ainsi que la salive n'est que pas ou peu active dans les deux ou trois semaines qui suivent la guérison. L'innocuité n'est complète que lorsque la crise est complètement terminée et lorsque la température est tombée au-dessous de la normale.

Les pneumocoques pendant la période où la salive est neutre existent cependant, mais ils *ont simplement perdu leur pouvoir pathogène, car l'inoculation confère l'immunité.*

Toutes ces données nouvelles sont du plus haut intérêt et permettent de se rendre compte et des récidives de la pneumonie chez un même sujet, ainsi que l'observation en offre de nombreux exemples, et des cas de pneumonie qui surviennent parfois à longue échéance, dans l'entourage du malade.

En résumé, la pneumonie est une maladie contagieuse, de nombreux exemples en font foi, l'expérimentation le démontre, et dès lors ce fait bien acquis doit avoir sa sanction pratique.

Le médecin appelé à soigner un pneumonique devra songer aux prescriptions antiseptiques qui empêcheront dans les limites du possible la diffusion du germe pneumonique.

La destruction des crachats, la désinfection des objets ayant servi au malade, de la literie, etc., s'imposeront à sa vigilance. Il devra également surveiller dans les limites du possible l'isolement du malade, et surtout veiller à ce que les personnes qui par leur âge ou leur mauvais état de santé sont plus susceptibles que tout autre, à contracter la maladie, ne s'approchent pas du pneumonique soit pour lui rendre visite, soit pour lui donner des soins.

(*A suivre.*) Dr H. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

ACTION DU FOIE SUR LES POISONS. par le Dr G. ROGER, ancien interne des hôpitaux, (Thèse de Paris. (Steinheil).

Dans son importante thèse, M. le Dr Roger a étudié expérimentalement le rôle protecteur que le foie joue contre les intoxications. Le foie arrête la plupart des substances que lui amène la veine porte ; il en emmagasine quelques-unes ; il en élimine d'autres ; il en est auxquelles il fait subir de profondes modifications. Nombre de substances minérales peuvent s'accumuler dans son parenchyme : le fer, le cuivre, le plomb, l'arsenic, etc. ; la potasse et la soude le traversent librement, mais si la quantité de ces sels contenus dans l'organisme vient à augmenter, le foie paraît incapable de protéger l'économie contre leur action toxique.

Le foie arrête une grande partie des alcaloïdes végétaux tels que la nicotine, la quinine, la morphine, la cicutine, la strychnine, etc.. ainsi que les peptones, les poisons putrides, les produits toxiques des fermentations intestinales. L'alcool n'est arrêté qu'en proportions assez minimes ; l'acétone et la glycérine passent librement. Enfin le foie peut encore agir sur les poisons urinaires, dont il est capable d'arrêter près de 50 pour 100.

M. Roger recherche ensuite si le sang porte ne contenait pas des substances toxiques : le sang normal du chien est toxique à dose de 25 cent. cubes par kilog ; le sang porte tue aux environs de 11 cent. cubes, tandis que la toxicité du sang hépatique n'est plus que de 23.

Il se fait dans le foie non seulement une accumulation, mais une modification, qui n'a lieu que lorsqu'il contient du glycogène : un foie qui ne contient plus on ne contient pas encore de glycogène, n'agit pas sur les poisons que normalement il doit retenir et transformer ; mais vient-on à rendre au foie cette substance, on verra son action se manifester de nouveau, de plus l'excitation de la fonction glycogénique a pour effet d'augmenter l'action du foie sur les alcaloïdes.

L'auteur cherche ensuite à comparer ces expériences physiologiques avec les faits cliniques, on peut ainsi expliquer certaines particularités des maladies infectieuses, des maladies chroniques, des affections du foie.

« Les expériences que nous avons rapportées dans ce travail dit M. le Dr Roger, nous montrent que le foie joue un rôle capital dans la protection de l'organisme contre les intoxications. Peut-être pourra-t-on reconnaître plus tard que d'autres organes élaborent ou transforment les substances toxiques, mais cette hypothèse ne s'appuie sur aucune preuve, tandis que les faits que nous avons étudiés nous semblent avoir démontré l'action du foie sur les poisons. »

Dr A. Martha.

De la cure en deux temps (exérèse-anaplastie) de certaines tumeurs de la face, par Métaxas-Zani. (Thèse de Paris.)

Si la plupart des chirurgiens cherchent à restaurer par une autoplastie immédiate, les pertes de substances consécutives aux ablations des tumeurs de la face et à fermer, par la réunion, les plaies cavitaires résultant des opérations préliminaires faites pour enlever les tumeurs profondes, beaucoup d'entre eux cependant évitent de se substituer en quelque sorte à la nature et de réparer sans tarder les désordres produits. Laissant à l'anaplastie naturelle le soin d'une première restauration, ils n'interviennent par des anaplasties secondaires ou tardives que pour parachever une guérison commencée. Les principaux avantages de cette pratique sont de tirer tout le profit possible de la cicatrisation spontanée, de rendre plus facile la surveillance des récidives, qu'on peut aisément attaquer dès leur apparition, d'obtenir enfin quand il s'agit de plaies cavitaires une antisepsie rigoureuse. Il ne faut pas oublier en outre qu'évitant les délabrements nécessités en semblable occurence, on n'aggrave pas le traumatisme et on n'expose pas le patient aux accidents immédiats ou consécutifs qui pourraient en résulter.

Ce n'est pas à dire cependant que la restauration immédiate d'une plaie consécutive à l'extirpation d'une tumeur de la face, par la réunion ou même à l'aide de certaines manœuvres autoplastiques de peu d'importance, ne doive jamais être tentée; on peut être autorisé à y recourir quand le néoplasme est bénin, non sujet à récidive, qu'il importe de hâter la guérison et d'éviter certaines difformités; et encore, quand la tumeur récidivante est superficielle telle qu'un épithélioma, peu étendue, que la perte de substance se trouve facilement comblée par le rapprochement des bords de la plaie, rapprochement aisé, simple ou aidé d'un léger décollement périphérique.

Mais là s'arrêtent les limites du permis ou du mois du prudent, ainsi qu'il ressort des nombreuses observations rapportées par l'auteur dans son excellent mémoire.

Essai sur la sarcomatose ostéoïde, par G. Dubar. (Thèse de Paris.)

Toute tumeur, de nature bénigne ou maligne peut devenir dure, calcaire à un moment quelconque de son évolution. Le sarcome n'échappe pas à la loi générale, et s'il est habituel de le rencontrer exclusivement formé de tissu embryonnaire plus ou moins pur, l'examen histologique nous le montre aussi s'incrustant tantôt d'une substance où se trouve la cellule caractéristique du tissu osseux, l'ostéoplaste ; tantôt simplement infiltré, sans ordre déterminé, de granulations calcaires se diffusant pour ainsi dire, sans rappeler d'aucune façon l'édification si méthodique de la substance osseuse. Le sarcome ossifiant dans le premier cas, est dans le second calcifiant ou ostéoïde. L'un ou l'autre de ces processus ossificateur ou ostéoïde, envahissent le néoplasme soit primitivement ou d'emblée, soit secondairement ou par accident. Ils peuvent se manifester sur des tumeurs essentiellement différentes dans leurs constitutions intimes : c'est ainsi qu'en vertu du polymorphisme morbide, si bien étudié par M. Verneuil, on peut voir chez un même individu un chondrome apparaître et s'ossifier après que l'incrustation calcaire d'un sarcome aura été constatée.

Les causes de la tumeur constituée par des îlots sarcomateux, par des masses incrustées de sels calcaires, par des vaisseaux et quelques parties accessoires aussi inconnues que celles des néoplasmes en général, semblent cependant dominées chez certains sujets par une sorte de dyscrasie ostéoïde. L'évolution, la terminaison et la symptomatologie du sarcome embryonnaire et du sarcome ostéoïde se confondent, à cela près que le diagnostic de ce dernier peut parfois être facilité par la sensation de noyaux durs, presque pierreux, dans l'épaisseur de la production morbide.

On lira avec intérêt l'observation qui a servi de point de départ à l'auteur pour l'étude de la sarcomatose ostéoïde. Elle est suivie de plusieurs dessins reproduisant l'aspect extérieur et intérieur de la tumeur, et les résultats de l'examen microscopique.

Des limites de conservation après les traumatismes de la main, par P. Vérondart. (Thèse de Paris.)

La main, organe sensoriel, dont les attributions physiologiques sont, comme l'écrit A. Blum, la préhension brute, la sensibilité dite commune et la sensorialité tactile, est pour l'ouvrier un instrument éminemment nécessaire à la lutte pour l'existence, un instrument de travail en un mot, d'autant plus perfectionné qu'il est indemne de toute lésion. Blessée par les lourds matériaux qu'elle met journellement en action, par les puissantes machines qu'elle dirige, elle doit être pansée d'une façon particulière. Et si le chirurgien, se rappelant qu'ici la fonction prime la forme, fait volontiers le sacrifice d'un doigt ankylosé dans l'extension ou dans la flexion, il doit appliquer tous ses efforts à conserver l'opposition en ménageant tout ou partie du pouce intéressé. L'intervention, sagement raisonnée aura toujours à se baser sur les fonctions spéciales de chaque partie de la main.

Ce sont de tels principes que M. Vérondart fait admirable-

ment ressortir dans toute l'étendue de son intéressant travail. Ayant observé au milieu de la population industrielle du Nord, sous la direction d'un maître tel que M. Guermonprez, il montre à l'aide de nombreux exemples, que pour tous les os de la main, phalanges et métacarpiens, l'amputation de la continuité est préférable à une désarticulation, dût-on sectionner l'os immédiatement au-dessus ou au-dessous d'un interligne articulaire. Au pouce, pas d'hésitation possible, on devra conserver tout ce qu'on pourra. La pratique d'amputer au corps de l'os trouvera constamment son application à l'auriculaire. Sous la phalange métacarpienne la section portera soit au-dessous, soit au-dessus du premier pli palmaire digital, et dans ce dernier cas, on amputera assez haut et obliquement pour éviter la saillie du moignon. A l'index on suivra une semblable règle de conduite si on ne peut conserver qu'une partie de la phalange : l'ampleur et l'intégrité fonctionnelle du premier espace intermétacarpien seront ainsi sauvegardées. Intéresser également une partie du métacarpien de la grande phalange du médius ou de l'annulaire doit être sacrifiée. En agissant ainsi nous avons obtenu un rapprochement plus facile par leur base des doigts voisins, un plus grand parallélisme évitant, dans la flexion, le chevauchement des extrémités unguéales.

Des fractures des os du carpe, par H. Delbecq. (Thèse de Paris.)

Bien que la douleur vive avec sensibilité très localisée à la pression, l'impuissance totale du membre, la tuméfaction énorme et la crépitation en un point très précis de la région carpienne soient les symptômes d'une fracture des os du carpe, ces dernières sont le plus généralement méconnues. L'auteur s'est attaché à faire la lumière sur ce chapitre de pathologie et apporte comme part contributive la relation de deux cas inédits. Ce travail comme la plupart de ceux qui sont dus à l'inspiration de M. Guermonprez se fait remarquer par l'esprit d'observation, par la clarté de l'exposé, par la valeur des arguments fournis.

Les os du carpe peuvent être superficiellement fracturés dans les entorses de la région ou dans certaines fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. On a pu observer des fractures par torsion sans déplacement des fragments, des fractures par flexion forcée consécutive à la chute d'un lieu élevé. Des lésions de la synoviale tendineuse palmaire compliquent très habituellement cette dernière : en ce cas. l'ankylose osseuse est fort à craindre. Le massage au début et l'immobilisation représentent à peu près tout le traitement à employer.

Des inflammations en masse du cordon spermatique (funiculites totales), par E. Cousin. (Thèse de Paris.)

S'il importe peu, au point de vue clinique, d'être fixé sur la nature cellulaire ou fibreuse de l'enveloppe du cordon, il est essentiel de connaître sa résistance et sa solidité capable de briser un épanchement inflammatoire. Qu'il succède à des opérations portant sur le cordon spermatique ou faites à son niveau, qu'il apparaisse spontanément sous l'influence de la blennorrhagie, du rhumatisme, de la tuberculose ou même sans cause connue, l'épanchement affecte toujours une forme arrondie régulière lisse. Tous les éléments constitutifs du cordon semblant être pris au même titre, la funiculite est ici totale par opposition aux funiculites partielles constituées par de simples déférentites ou de simples phlébites. Les inflammations en masse sont en général peu graves, et le traitement à opposer soit aux cas post-opératoires, soit aux cas spontanés exige une antisepsie rigoureuse aidée, s'il y a lieu, de la médication antiphlogistique.

Ch. Amat.

BULLETIN

Hygiène de l'armée. — Prophylaxie des maladies contagieuses dans les hopitaux. — Influence excitatrice du liquide testiculaire. — De l'immunité par les vaccins chimiques et prévention de la rage.

Dans un précédent bulletin, nous disions que l'hygiène de l'armée doit être une préoccupation nationale, que nul n'a le droit de s'en désintéresser. Comme pour donner raison à cette réflexion, le Ministre de la guerre vient de publier un rapport étendu, dont les conclusions générales permettent déjà de mesurer les progrès réalisés et donnent en même temps une idée exacte de ce qui reste à faire pour assurer désormais le maintien de cette chose précieuse qui s'appelle la santé et le bien-être du soldat. La description des mesures de désinfection destinées à supprimer ou tout au moins à restreindre la propagation des maladies contagieuses tient une grande place dans cet exposé On y peut constater, par exemple, que dans les grandes agglomérations militaires, c'est-à-dire dans les hôpitaux et dans les casernes, l'administration a multiplié les étuves à désinfection qui permettent la destruction complète de tous les agents pathogènes adhérents aux vêtements et aux pièces de literie considérés avec raison comme un de leurs plus actifs moyens de dissémination. Les systèmes d'aération des chambrées et d'imperméabilité des planchers, ont été également perfectionnés : de même les systèmes de vidange, si gravement défectueux jusqu'à présent et qui représentaient des foyers d'infection permanents. Il n'ait pas jusqu'à l'hygiène de l'homme en état de santé qui n'est préoccupé l'administration supérieure. L'installation de douches froides ou tièdes, de réfectoires, etc., etc., est une preuve de sa sollicitude à cet égard.

Nous pourrions relever encore dans ce rapport l'énoncé de bien d'autres réformes intéressantes : la généralisation de la vaccination et de la revaccination rendues obligatoires et le perfectionnement des procédés qui servent à pratiquer cette opération ; la purification des eaux potables et l'assainissement des fosses d'aisance comme moyens prophylactiques tout puissants contre la propagation de la fièvre typhoïde, etc. Nous retrouvons la preuve des mêmes préoccupations en ce qui concerne les fièvres éruptives (oreillons, scarlatine, rougeole), dont la population civile fournit incessamment les apports. Ici les indications préventives sont moins nettes que quand il s'agit de la fièvre typhoïde. Néanmoins le Ministre exprime l'intention bien arrêtée d'exercer à l'avenir une surveillance rigoureuse sur tous les agents de dissémination de ces maladies.

On peut résumer ce remarquable rapport par la simple citation du chiffre qui représente la mortalité d'autrefois comparée à celle d'aujourd'hui. En 1870, cette mortalité, avant la guerre, était au moins de 12 p. 1000. Actuellement elle s'est abaissée au-dessous de 8 p. 1000. C'est là une conclusion consolante et bien faite pour rassurer tous ceux que le devoir national oblige à confier pour un temps leurs fils à cette grande famille qui s'appelle l'armée.

— C'est également une question de prophylaxie que la Société médicale des hôpitaux a discuté dans ses dernières séances. Il

s'agissait des mesures à prendre pour empêcher la transmission des affections contagieuses dans les hôpitaux infantiles. La discussion motivée par le rapport de M. Comby a fourni à plusieurs de ses collègues l'occasion d'exprimer leur opinion personnelle concernant le degré de contagiosité et la gravité relative de certaines maladies, particulièrement la coqueluche et la scarlatine. Il s'est produit à cet égard des divergences d'appréciation qui peuvent s'expliquer par ce fait que chaque médecin, en pareil cas, se laisser guider par ses souvenirs et par les faits empruntés à sa propre clientèle. L'accord s'est pourtant établi sur ce point, à savoir que si la scarlatine est le plus souvent grave par elle-même, et sans l'intervention d'aucune circonstance occurrente, la coqueluche, elle, emprunte le plus souvent sa gravité au milieu hospitalier, milieu essentiellement favorable à la production de la tuberculose et de la broncho-pneumonie. La pratique de l'isolement s'impose donc, mais à des titres divers, pour les deux maladies. La Société s'est prononcée dans ce sens : elle demande l'isolement des enfants dans de petites salles de 4 à 5 lits au plus, pourvues d'un personnel spécial ; elle demande, en plus, avec insistance la mise à part des cas douteux, depuis le moment de l'admission jusqu'au moment où le diagnostic peut être définitivement établi.

— L'étude des propriétés du système nerveux a inspiré à M. Brown-Séquard de nombreux et remarquables travaux ; entre ses mains elle a enrichi la science de faits nouveaux et d'acquisitions dont quelques-unes sont définitives. Chez l'honorable professeur du collège de France, l'esprit d'investigation ne semble pas s'affaiblir avec l'âge : l'activité intellectuelle reste intacte. Elle ne participe en rien à cette déchéance organique et musculaire dont il s'accuse lui-même avec une modestie qui pourra sembler excessive. Nous n'en voulons pour preuve que la remarquable communication développée par lui devant la Société qu'il préside avec l'autorité d'un savant mûri par l'âge et par l'expérience. Guidé par ses recherches antérieures, M. Brown-Séquard a été conduit à étudier plus profondément qu'on ne l'avait fait avant lui l'influence des glandes sur le système nerveux. L'examen des résultats fournis par la castration chez les eunuques ou chez les femmes privées de leurs ovaires constituait déjà un puissant argument en faveur de cette influence ; une série de recherches entreprises sur des animaux a permis de conclure dans le même sens. M. Brown-Séquard n'a pas hésité à prendre sa propre personne pour sujet d'expérience et ce sont les faits observés ainsi sur lui-même qu'il est venu exposer avec une bonne foi scientifique digne de servir de modèle. Ces faits sont du plus haut intérêt ; il ne s'agit rien moins que d'un renouveau de vigueur et de vie obtenu par l'injection sous-cutanée de liquides extraits des glandes séminifères de lapins et de cobayes.

La presse s'est déjà emparée de cette communication pour en faire l'objet d'appréciations humoristiques ou hâtives ; mais les faits sont là, indéniables : quelle que soit l'interprétation qu'on en doive donner définitivement, ils paraissent dès maintenant propres à éclairer une question encore pleine d'obscurités, celle de la dynamogénie des centres nerveux. Par ses belles recherches antérieures, M. Brown-Séquard était naturellement désigné pour apporter la lumière dans un aussi difficile sujet.

— M. le Dr Payraud vient de réunir en brochure les communications faites antérieurement à diverses sociétés et qui avaient toutes pour objet l'étude des moyens préventifs de la rage. Dans les recherches que lui a inspiré ce sujet, nous relevons des faits extrêmement intéressants qui constituent autant de documents nouveaux pour l'histoire naturelle du virus rabique.

M. Payrand s'est attaché surtout à étudier les effets de l'essence de tanaisie avec laquelle il a pu produire des effets très analogues, sinon identiques aux accidents de la rage vraie. Partant de cette donnée, il a été amené à penser que l'inoculation graduée de petites doses d'essence de tanaisie pourrait chez les animaux mordus servir à prévenir le développement de la maladie au même titre que l'inoculation de fragments de moelle rabique dans la méthode Pasteur. L'analogie des propriétés toxiques des deux substances, essence de tanaisie, virus rabique, autorisait pleinement une pareille assimilation et justifiait les tentatives d'application pratique que l'auteur a longuement décrites dans ses mémoires antérieurs.

— Le rapporteur du travail de M. Peyraud, M. Trasbot, a fait, il est vrai, toutes ses réserves quant aux conclusions pratiques que l'auteur a cru pouvoir tirer d'une expérimentation déjà très étendue. Il a cru devoir ajourner son adhésion à une méthode thérapeutique dont l'efficacité ne lui semblait pas suffisamment démontrée. De pareilles restrictions sont légitimes devant une Académie dont l'approbation implique la responsabilité et qui a le droit strict d'ajourner son jugement jusqu'à plus ample démonstration. Il n'en faut pas moins reconnaître que les recherches de M. Peyraud ont jeté un jour nouveau sur la nature du virus rabique et qu'elles ont fait entrevoir la possibilité de découvrir un jour des vaccins chimiques *isomères* aux virus naturels, grâce auxquels il deviendra facile de prévenir les effets toxiques et trop souvent mortels de ces derniers. Le poison rabique ne peut-il pas être assimilé aux leucomaïnes, c'est-à-dire à un de ces ferments solubles secrétés par des microbes spéciaux qui, diffusés ultérieurement dans l'organisme, vont produire par suite de leur localisation dans certains organes, de terribles effets ? C'est là une question à laquelle les expériences de M. Peyraud donneront peut être prochainement une réponse affirmative.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Faculté de médecine de Montpellier. — *Concours pour l'éloge du professeur Bouisson.* — Mme veuve Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de *cent mille francs* fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier, mais à la condition que les deux premières annuités de la rente de ladite somme serviraient à couronner les deux meilleurs travaux *Sur la vie et les œuvres de M. Bouisson*, la Faculté a pris la délibération suivante :

Art. 1. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude *Sur la vie et les œuvres de M. Bouisson.*

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats : le premier, de 6.000 fr. ; le second de 4.000 fr.

Art. 4. — Le concours sera clos le 1er avril 1890, et les manuscrits destinés au concours seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne porteront ni signature ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe qui sera

reproduite sur un pli cacheté renfermant les noms et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le Conseil à l'effet de nommer une Commission qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un rapport sur leur mérite respectif. Ce rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus, et les plis cachetés qui les accompagneront ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

— TRANSPORT DANS LES HÔPITAUX DES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS CONTAGIEUSES, ET DÉSINFECTION DES LOCAUX CONTAMINÉS. — M. le Préfet de police vient d'adresser aux commissaires de police, une circulaire datée du 29 mai 1889, rappelant que, depuis longtemps, la préfecture de police met gratuitement à la disposition du public, des voitures pour le transport dans les hôpitaux des malades atteints d'affections contagieuses : variole, scarlatine, diphtérie, rougeole, fièvre typhoïde, etc., et que le nombre de ces voitures varie suivant les besoins. Il rappelle en outre que le personnel de désinfecteurs, créé il y a cinq ans, est toujours prêt à partir au premier appel, mais que l'on se prive trop de leurs services.

Dans ces conditions, M. le ministre de l'Intérieur estime qu'il conviendrait de modifier le mode actuel de procéder. A l'avenir, l'on offrira aux intéressés, avant de leur remettre les désinfectants ci-dessus indiqués, de faire procéder à la désinfection de leur logement par les soins des agents spéciaux de la préfecture de police... La désinfection, au moyen de l'acide sulfureux, résultant de la combustion du soufre pouvant être faite d'une façon insuffisante par des personnes non habituées à ce genre de travail, il y a avantage à demander l'aide des désinfecteurs; ce service étant fait gratuitement.

Suivent les procédés de désinfection qu'il peut être utile de reproduire ici.

Il sera brûlé 20 grammes de soufre au moins par mètre cube (une pièce de 25 mètres cubes exigerait un paquet de 500 gr.). On doit ensuite : Etendre à terre, ou sur des tables, tous les objets ayant été en contact avec le malade; calfeutrer la cheminée, les fenêtres et les portes intérieures, en y collant du papier; et disposer, sur la plaque de tôle placée au milieu de la chambre, le fourneau ou les briques, en prenant toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'incendie; on aura soin d'en écarter les papiers et les étoffes; à défaut de fourneau, on formera au moyen de briques et de sable une sorte de cuvette peu profonde, de 0 m. 30 sur 0 m. 30 environ dans laquelle on versera la quantité de soufre nécessaire. Sur ce soufre, on répandra de l'alcool, de façon à en humecter la surface; on y jettera quelques allume-feux et on allumera. Avec un fourneau, l'allumage est analogue.

On fermera la porte dès l'allumage : on la calfeutrera hermétiquement au dehors, et on donnera la clef au concierge en lui recommandant de ne pas s'en dessaisir. Avant de se retirer, il conviendra de verser dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc, mélangée à 10 litres d'eau. Le lendemain, retourner dans le local, ouvrir les portes, la cheminée et les fenêtres, jeter de nouveau dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc mélangée à 10 litres d'eau, et rapporter les objets au dépôt.

NOUVELLES

Institut de France. — M. Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été élu membre de l'Institut (Académie des sciences, section de chimie), dans la séance du 17 juin.

***

Assistance publique. — Hôpitaux de Paris. — Le concours ouvert pour une place d'accoucheur au bureau central s'est terminé par la nomination de M. Bonnaire.

***

Société de médecine de Paris. — Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale et deux emplois de chef de clinique obstétricale s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 16 juillet 1889, à 9 heures du matin. Le registre d'inscription sera clos le 8 juillet.

***

— *Concours d'agrégation de chimie, de physique et de pharmacie.* — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes : 1° *Physique.* — Paris, M. Weiss ; Montpellier, M. Lecercle ; Bordeaux, M. Denigez.

2° *Chimie.* — Paris : M. Fauconnier.

3° *Pharmacie.* — Bordeaux : M. Barthe.

— *Herborisations.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dimanche 23 juin, à La Cavée et à la forêt de Carnelle. — Départ à la gare du Nord pour Presles, à 8 h. 50 minutes. Chacun devra emporter son déjeuner, le village de Presles n'offrant à peu près aucune ressource.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Casabienca. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon, et particulièrement de leur traitement.

M. Ryckewaert. — Plaies par ratissage.

M. Desmartin. — Evolution infantile des dents hérédo-syphilitiques.

M. Gardie. — Non développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle.

M. Robert. — De l'acné décalvante.

M. Gourdin-Servenière. — De la lithiase biliaire dans l'enfance.

M. Dameuve. — Contribution à l'étude des mouvements de l'estomac chez l'homme.

M. Marini. — Essai sur le traitement des cirrhoses.

M. Pichevin. — Des abus de la castration chez la femme.

M. Adam de Beaumais. — Etude sur l'étranglement herniaire par pincement latéral de l'intestin.

M. Guillon. — De la blépharoplastie à Pont.

M. Pruvost. — De la stéatose artérielle généralisée.

M. Gaume. — Etude sur le purpura rhumatoïde névropathique.

M. Brunet. — Recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. Chesseret. — Contribution à l'étude des pleurésies métapneumoniques et plus particulièrement de leur variété sérofibrineuse.

M. Abet. — Le Chimaphila embellatla (herbe à pisser). Son action diurétique.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (l'électrolyse utérine), avec une lettre-préface du Dr Apostoli, par le Dr Delétang (de Nantes), chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes. In-8° de 16 pages. Prix : 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Dictionnaire des sciences anthropologiques (anatomie, craniologie, archéologie préhistorique, etnographie (mœurs, lois, arts, industrie) démographie, langues, religions), publié sous la direction de MM. A. Bertillon, Condereau, A. Hovelacque, Issaurat, André Lefèvre, Ch. Letourneau, G. de Mortillet, Thulié et E. Véron, Ouvrage complet. Un très fort volume petit in-4° de 1120 pages imprimées à deux colonnes, avec de nombreuses figures dans le texte. Prix broché : 30 francs. — Reliure maroquin, tranches peignes Prix : 36 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse (méthode Apostoli) et leur élimination fréquente sous-muqueuse par l'action de l'électricité, par le Dr La Torre (de Rome), membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, etc. In 8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme, par Sherwood Dunn, Ph. D., docteur en médecine de la Faculté de « Bellevue Hospital » New-York, de la Faculté de Paris, etc. Un volume grand in-° de 150 pages avec figures dans le texte et une planche hors texte. Prix : 3 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Guide pratique des pesages pendant les deux premières années à l'usage des médecins-inspecteurs, par M. le docteur Sutils, médecin-inspecteur des enfants du premier âge. 1 vol. in-17 de 158 pages avec 64 traces graphiques en 4 couleurs. Prix : 4 francs. — Librairie G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Leçons de clinique obstétricale, par Pierre Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8· de 500 pages avec 116 figures, dont 81 tirées en couleur daus le texte. Prix : 12 fr. — Librairie O.-Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 9 AU SAMEDI 15 JUIN 1889.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 10.—Diphtérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 36. — Autres, 5. — Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 5.—Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 24. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 32. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 14 —Biberon, 51. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4 — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 23. — Suicides, 15.— Autres morts violentes, 17.—Autres causes de mort, 140. —Causes inconnues, 11. —Total : 883.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CHIMIE MEDICALE

SUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE.

Le diabète. — Physiologie pathologique et indications thérapeutiques. Essai de chimie biologique appliquée à la thérapeutique.

Par M. ALBERT ROBIN.

(*Suite et fin*) (1).

VIII

Les médicaments étudiés jusqu'ici agissent à la fois sur l'ensemble des mutations nutritives et sur les échanges qui s'accomplissent dans le système nerveux; on doit pourtant en excepter le bromure de potassium dont l'activité paraît se concentrer exclusivement dans le système nerveux. C'est parmi les agents de cette série qu'il faudra chercher dorénavant ceux qui doivent être opposés au diabète.

Mais les médicaments à étudier ne devront pas avoir comme unique effet de retarder les échanges organiques. Restreindre les oxydations générales n'est pas le seul but à atteindre, puisqu'on peut les réduire par tous les poisons destructeurs des globules rouges ou du système nerveux. — C'est ainsi que Bozzolo a vu l'iodoforme, qui, à dose élevée, diminue le nombre de globules rouges du sang et l'hémoglobine, abaisser aussi l'élimination du sucre. L'acide phénique, qui a eu un instant de vogue, agit par un procédé analogue.

Pour qu'un moyen thérapeutique puisse être expérimenté dans le diabète, il faut que, s'il retarde les mutations organiques, ce soit à la faveur de son influence sur le système nerveux. Ici, je m'accorde encore, d'une manière absolue, avec M. Germain Sée, qui formule une conclusion analogue. Il va de soi que lorsqu'il sera démontré qu'un médicament donné possède cette propriété, on devra s'assurer qu'il ne suspend pas trop profondément l'activité nerveuse, comme certains médicaments, qui diminuent, dans d'énormes proportions, le coefficient des oxydations phosphorées. On aura, dans la recherche de ce coefficient, un moyen de mesurer, en quelque sorte, l'effet du médicament sur les mutations nerveuses.

Bien entendu, il faut excepter des règles précédentes le *régime*, sur lequel tout le monde est d'accord, et qui combat la glycosurie en privant à la fois la cellule hépatique de son excitant naturel et de la matière première du sucre.

IX

J'arrive aux médicaments qui *accélèrent la dénutrition*. Ceux-là devront être proscrits de la thérapeutique, quel que soit d'ailleurs le mode de leur action. En effet, on ne voit pas qu'ils aient amené, jusqu'à présent, de résultats favorables et la clinique s'accorde avec la physiologie.

L'*oxygène* n'a rien donné de bon à Jacobs qui l'a expérimenté. Les *préparations ferrugineuses*, qui stimulent si énergiquement la nutrition et qui augmentent, d'après mes expé-

(1) Voir les numéros précedents.

FEUILLETON

LA SECTION DE MÉDECINE AU CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

La plupart des médecins de France et particulièrement ceux de Paris, semblent ignorer l'existence de ce Congrès officiel, qui, depuis vingt-sept ans, réunit à la Sorbonne les délégués des Sociétés savantes, appelés à Paris, pour exposer les travaux les plus importants communiqués à leurs Sociétés.

Depuis la création de ce Congrès, bien des progrès ont été accomplis, cependant, il reste beaucoup à faire et j'imagine que la presse médicale (1) aurait plus d'intérêt à relever le rôle que les médecins sont appelés à y jouer, qu'à dénigrer de parti pris une institution que tout le monde trouverait excellente, si elle n'était point officielle.

En effet, c'est le ministre de l'Instruction publique qui convoque les délégués, mais qu'on ne vienne pas dire qu'il exerce une autorité abusive, son rôle est très restreint, il consiste à nommer le président du Congrès et les présidents de section.

Les autres membres du bureau sont élus par leurs collègues.

Il n'y a donc pas lieu de crier à la tyrannie et tout médecin peut y prendre part, sans crainte d'être taxé d'auteur ou d'inventeur officiel. De plus, je répondrai au rédacteur du *Progrès médical*, qui me paraît un peu soucieux des intérêts du budget, qu'à part quelques feuilles de papier, fournies par l'Académie de Paris, ce Congrès ne coûte pas un sou à l'Etat. Au contraire, il y a économie pour tout le monde, puisque grâce à l'intervention du ministre, les compagnies de chemins de fer accordent le demi tarif aux délégués.

Il est vrai que s'il est aussi soucieux des intérêts des particuliers que de ceux de l'Etat, il m'alléguera que ces voyages à prix réduits sont une ruine pour les actionnaires.

Enfin, les récompenses décernées à l'issue du Congrès, mettent an comble son mépris pour cette institution.

Un travailleur sérieux peut-il s'exposer à recevoir les palmes académiques pour prix de ses pénibles efforts?

(1) Voir le *Progrès médical* du 15 juin 1889.

riences, les coefficients d'oxydation, l'*essence de thérébentine ozonisée*, qui est un puissant oxydant, n'ont pas satisfait le même auteur (1). Le *permanganate de potasse*, le *chlorate de potasse* sont tombés dans l'oubli le plus mérité. La *strychnine*, qui loin de modérer l'excitabilité nerveuse, l'active, au contraire, et qui augmente le coefficient des oxydations phosphorées, a paru un instant sur la scène. Mais Dickinson, qui l'a inventée, déclare lui-même qu'elle est sans action sur la glycosurie. *Léléctricité*, qui agit dans le même sens, n'a plus pour adeptes que de rares spécialistes.

Pour bien faire pénétrer dans les esprits la vérité de la doctrine que je défends, je vais prendre un médicament qui augmente les coefficients d'oxydation de l'azote et du phosphore sans diminuer la glycosurie. Ce médicament, c'est la *thalline*; elle va nous servir à répondre d'avance à l'objection qui ne saurait manquer d'être faite que, si les médicaments modérateurs de la nutrition diminuent le sucre, il n'est pas prouvé que ceux qui activent la dénutrition n'agissent pas sur la glycosurie comme les précédents.

Dans une expérience préliminaire, j'ai étudié l'action de la thalline chez un individu sain, quoique sujet à des accès de mélancolie. Le coefficient d'oxydation azotée, qui était de 72.6 p. 100, monte à 77.3 sous l'influence de la thalline, pour redescendre à 76.6 après sa cessation. Le coefficient d'oxydation phosphorée suivit exactement les mêmes variations. Il augmenta pendant l'administration de la thalline pour s'abaisser immédiatement après qu'on l'eût suspendue. Les effets de la thalline sur les mutations élémentaires vont donc précisément à l'encontre de ceux de l'antipyrine.

Ces faits étant acquis, j'administrai pendant quatre jours à un diabétique un gramme de thalline, en annonçant aux élèves de mon service que nous n'obtiendrions aucune diminution du sucre. L'évènement justifia complétement cette prévision : la densité, l'urée, le sucre et le coefficient d'oxydation azotée augmentèrent.

Action de la thalline sur le coefficient d'oxydation azotée et sur la glycosurie.

	Quantité.	Densité.	Urée.	Sucre.	Coefficient d'oxydation azotée.
Avant le traitement.	4950	1037.5	25.29	401	90.1 0/0
Pendant............	4700	1038.5	29.04	415	92.3 —

(1) Jacobs. *Virchow's Archiv.*, t. LXVII, p. 197.

Que reste-t-il donc à la médication accélératrice de la nutrition ? Il ne lui reste pas même la *musculation*, dont personne ne conteste l'utilité, mais à la condition qu'elle soit modérée; qu'on ne lui demande que son action tonique et régularisante de la circulation, et surtout qu'on ne l'exagère pas jusqu'au moment où elle commence à activer les oxydations. Comme l'a montré Külz, les exercices violents sont pleins de danger pour le diabétique surtout si celui-ci est de faible musculature. L'exercice modéré dérive et transforme en mouvement une partie de cette excitation nerveuse chez le diabétique : à ce titre, il est utile et doit être recommandé. L'exercice violent accélère les dénutritions, il a créé un danger nouveau que Prout avait bien deviné quand il signalait comme dus à la fatigue musculaire des accidents que l'on a appris à connaître depuis sous le nom de coma diabétique.

Je n'ai pas en l'intention de passer en revue tous les médicaments proposés contre le diabète et, de parti pris, j'ai éliminé ceux dont je n'avais pas étudié personnellement l'action sur la nutrition, ne voulant apporter à l'Académie que des documents dont je puisse endosser toute la responsabilité. D'ailleurs mon intention n'a pas été d'exposer le traitement du diabète, mais d'éclairer sa pathogénie et de tracer une voie thérapeutique rationnelle et certaine, basée sur cette pathogénie.

En un mot, j'ai voulu faire du *déterminisme* thérapeutique, bien plus que de la thérapeutique même.

X

Je me résume :

1° Les modifications que les lois de l'échange subissent dans les maladies éclairent la pathogénie de celles-ci et deviennent la source d'indications thérapeutiques certaines.

La connaissance des effets produits sur les échanges normaux par un médicament permet de pressentir, avant tout emploi, ses réelles applications thérapeutiques.

Il y a lieu de reviser, à ce double point de vue, la physiologie des maladies et celle des médicaments. Cette étude faite, la thérapeutique entrera dans une voie nouvelle; elle pourra revendiquer le titre de rationnelle et répudier définitivement les tâtonnements du passé.

2° La chimie biologique démontre qu'il y a, chez le diabétique seulement une exagération de tous les actes de nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains

---

Que notre confrère se rassure; au Congrès des Sociétés savantes comme ailleurs, le favoritisme prime souvent le mérite et ceux qui affichent tout leur mépris pour le ruban sont quelquefois les premiers à intriguer dans les bureaux du ministère.

Mais qu'importent ces misères à ceux qui, comme le rédacteur du *Progrès*, n'ont d'autre souci que celui du devoir accompli ?

Enfin, pourquoi s'exposer à des inexactitudes ? Je ne crains point d'être contredit en affirmant qu'à la séance d'ouverture, il y avait, non pas une centaine, mais au moins trois cents auditeurs et parmi eux bon nombre de médecins.

J'avoue qu'appartenant aux minuscules Sociétés de province, ils n'avaient pas tous l'honneur d'être connus des journalistes parisiens.

Il y a, ce me semble, mieux à faire, dans l'intérêt des sciences médicales et des travailleurs ignorés de la province, que de demander, pour des raisons de pure fantaisie, la suppression d'un Congrès annuel qui leur permet de venir exposer leurs travaux aux maîtres de la capitale.

Pourquoi ceux-ci font-ils défaut?

Le manque de temps et peut-être le manque de publicité donnée à cette réunion sont les seuls motifs de leur absence.

Craindraient-ils, eux aussi, de recevoir des décorations de couleur inférieure ?

Je les crois au-dessus de ces terreurs.

Longtemps confondu avec la section des sciences, qui, divisée elle-même en trois sous-sections (sciences mathématiques, sciences physio-chimiques et sciences naturelles), le groupe des sciences médicales se trouvait un peu à l'étroit et l'abstention des médecins pouvait se comprendre; mais, depuis 1883, grâce à de justes revendications qui ont d'ailleurs été formulées ici même par le Dr Fabre (de Commentry) dans la *Gazette médicale de Paris* (de 1879 à 1883), ce groupe des sciences médicales fut séparé des autres et forma une sous-section.

Est-ce au moment où nous venons de conquérir une sorte d'indépendance, qu'il faut demander la suppression du Congrès? comme institution inutile et coûteuse? Coûteuse, elle ne l'est pas et si elle devient inutile, ce sera par notre négligence et non par la faute du ministre, qui ne pouvait faire un meilleur choix en

organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

Le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique commandée par une excitation nerveuse directe ou réflexe, doit donc être le point de la thérapeutique du diabète.

On peut affirmer d'avance que tout médicament qui ralentit, par un procédé quelconque, les mutations générales et celles du système nerveux diminuera à coup sûr la glycosurie.

Mais un médicament n'aura chance de réussir dans le diabète que s'il retarde les excitations générales par l'intermédiaire de son action primitive sur le système nerveux et il n'exerce pas sur les fonctions de ce système une action suspensive trop énergique.

Les moyens thérapeutiques qui accélèrent la dénutrition doivent être écartés, *a priori*. Il est démontré, soit cliniquement, soit expérimentalement, qu'ils n'ont donné aucun résultat favorable.

3° Par conséquent, les indications thérapeutiques du diabète peuvent être formulées ainsi :

A. — Soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux de formation du sucre et priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

B. — Ralentir la désassimilation générale et la formation du glycogène à l'aide des moyens thérapeutiques qui diminuent les actes chimiques de la vie organique par l'intermédiaire de leur action primitive sur le système nerveux.

THERAPEUTIQUE

DE LA PYRODINE

(*Acétyl-phényl-hydrazine*).

(*Suite*) (1)

Les propriétés antithermiques si remarquables de la pyrodine dans la fièvre de la tuberculose ne sont pas les seules que possède ce médicament. Il exerce en outre une action sédative marquée sur les symptômes douloureux, notamment sur les douleurs scapulaires, les points de côté et les douleurs dans les membres que ressentent si souvent les tuberculeux, la nuit surtout. Probablement par suite d'une action nervine comparable à celle de l'antipyrine, la pyrodine pure fait disparaître rapidement ces malaises et rend aux malades le calme et le sommeil ; la disparition de l'hyperthermie est peut-être aussi pour beaucoup dans cette amélioration. J'ai en une malade qui, tous les soirs, au moment où la fièvre se déclarait commençait à ressentir des douleurs scapulaires très violentes en même temps que des douleurs dans les masses musculaires des membres et les conservait toute la nuit, pouvant à peine dormir quelques heures. Elle se trouva soulagée dès le second jour qu'elle prit de la pyrodine et la disparition totale de ces douleurs coïncida avec la chute définitive de la température.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'administration de l'acétyl-phényl-hydrazine à dose modérée cinq centigr. par exemple, sont à peu près nuls.

Quelques malades disent ressentir des bouffées de chaleur très passagères leur monter à la tête ; selon leur expression, leur sang se met en mouvement. Effectivement, ils présentent des alternatives de pâleur et de rougeur de la face ; mais cela ne dure pas et l'on n'observe jamais la paleur de la face telle que l'occasionne l'administration de l'antifébrine et même parfois de l'antipyrine. La pyrodine ne donne pas de bourdonnements d'oreille, ni de vertiges. Elle est admirablement supportée par l'estomac, car elle n'amène ni nausées ni vomissements, ni la moindre sensation pénible. Par conséquent, elle ne peut diminuer l'appétit si important à conserver intact chez les tuberculeux ; elle l'augmente indirectement en supprimant la fièvre.

Un de mes malades atteint de tuberculose grave présenta un peu de diarrhée au cours de l'emploi de la pyrodine ; il me semble qu'il n'y eut là qu'une simple coïncidence, n'ayant pas rencontré depuis d'autres cas semblables.

Les sueurs nocturnes sont favorablement influencées par la pyrodine ; elle les diminue rapidement et même les supprime au bout de quelques jours. Là encore on peut invoquer la disparition de l'hyperthermie qui, on le sait, est un des facteurs les plus puissants des sueurs des phtisiques.

La toux n'est guère influencée par elle, non plus que l'expectoration ; il semble cependant que la respiration se fasse mieux et que les inspirations soient plus profondes. Le pouls est ralenti et devient plus plein.

En somme, la pyrodine exerce dans la tuberculose une

(1) Voir le numéro du 15 juin.

---

désignant comme présidents des hommes tels que Ch. Richet et Leroy de Méricourt.

J'avoue que depuis deux ans que j'assiste au Congrès, j'ai été frappé du petit nombre des membres de la section médicale et du nombre insuffisant de communications. J'ai regretté aussi, que certains auteurs aient pu lire des travaux d'importance douteuse, mais, en somme, il ne s'y débite point que des inepties, et les communications de MM. Beaunis, Fabre, Moulé, Moreau (de Tours), Motais, etc., etc., n'ont pas perdu toute valeur pour n'avoir pas été présentées comme le voudrait notre confrère du *Progrès* à l'Association française pour l'avancement des sciences, où n'importe qui peut se faire inscrire.

Aussi, loin de réclamer la suppression de la section des sciences médicales au Congrès des Sociétés savantes, je demanderai au ministre de l'Instruction publique de lui donner toute l'extension et toute la publicité possible. De plus, pour éviter la présentation de communications fantaisistes, il lui suffirait de ne les laisser inscrire au programme qu'après examen par une commission d'hommes compétents.

Si les séances de la section des sciences médicales n'offrent point d'intérêt, c'est plus par la rareté que par le manque d'importance des communications.

Nous demandons sans cesse aux pouvoirs publics, des réformes intéressant l'hygiène publique et les grandes questions sociales du ressort de la médecine ; aussi, quand le ministre nous convie et nous facilite les moyens de nous réunir en un Congrès officiel, pour communiquer nos travaux et formuler nos vœux, il est du devoir de tout homme qui n'a en vue que le progrès scientifique, de se rendre à ces grandes assises où sont conviés tous les savants et tous les travailleurs de la France.

Dr L. FLORAIN (d'Orléans).

action des plus heureuses, en combattant victorieusement les phénomènes fébriles et en diminuant ou en faisant disparaître certains symptômes accessoires, peu dangereux, mais pénibles.

Elle ne paraît pas agir autrement, et l'amélioration très marquée que l'on observe consécutivement à son emploi est le résultat de l'amendement de ces symptômes isolés. Il est douteux qu'elle ait une action spécifique, même relative sur cette maladie, et l'on aurait tort de la considérer comme un antiseptique ou comme un désinfectant du milieu intérieur. En effet, elle ralentit le cours de la tuberculose, mais elle ne la guérit pas; les malades finissant pas retomber au bout de quelques semaines dans leur état antérieur. Malgré cela on comprend combien il est précieux d'avoir un agent thérapeutique capable de donner au malade et au médecin un temps de répit assez long, pendant lequel les symptômes d'éréthisme disparaissent et qui permet d'instituer une médication plus active. A ce titre, je crois l'acétyl-phényl-hydrazine appelée à rendre de réels services dans le traitement de la tuberculose.

A part la tuberculose, je n'ai eu l'occasion d'employer l'acétyl-phényl-hydrazine comme antithermique que dans un cas de pneumonie. L'abaissement de la température se produisit graduellement, ici aussi, mais il fut moins complet, la courbe restant entre 38°2, le matin et 38°8 le soir. Il est vrai, que la diminution est déjà sensible, si on compare une telle courbe à celle qui accompagne les cas de pneumonie traités autrement.

Les résultats donnés ici et obtenus sur les malades de l'Asile de Bailleul, diffèrent un peu de ceux qu'indiquent les auteurs qui ont expérimenté la pyrodine. Cette différence se comprend facilement si on réfléchit qu'ils se sont pour la plupart servis de pyrodine plus ou moins pure, et nullement d'acétyl-phényl-hydrazine; ni les doses du médicament ni ses effets ne sont donc comparables.

Dreschfeld, dans sa communication à la Société médicale de Manchester, dit que la pyrodine abaisse la température des fiévreux en peu de temps et que ses effets se maintiennent pendant six à huit heures. Cet abaissement est suivi d'une ascension de la température qui la ramène presque au chiffre antérieur, puis d'un second abaissement, de sorte qu'une seule dose suffit en général pour vingt-quatre heures. Selon lui la défervescence est accompagnée de sueurs, mais sans frissons ni collapsus. Elle est parfois considérable, pouvant aller jusqu'à 4 degrés centigrades. On voit, de suite, combien ces résultats diffèrent de ceux qui sont donnés plus haut et d'après lesquels la température tombe lentement en deux et même en trois jours.

Dreschfeld, se servant de pyrodine impure et non d'une substance cliniquement pure, la donne à la dose de 0,50 à 0,80 centigrammes. Il a observé des effets toxiques et notamment un ictère dû à un commencement d'hémoglobinémie.

Guttmann (Société de médecine de Berlin, 1er mai 1889) a dû se servir d'un produit un peu différent de celui employé par Dreschfeld et qui n'est pas encore l'acétyl-phényl-hydrazine pure. Il la donne à la dose de 0,10 à 0,15 centig. Il a constaté comme le professeur Lépine et comme moi qu'elle attaque les globules rouges et qu'elle est un poison énergique du sang. Chez les fébricitants elle produit un abaissement de température très notable. La température commence à s'abaisser environ une demi heure après l'ingestion du médicament, puis va en diminuant pendant deux ou trois heures et tombe de un et même de deux degrés, parfois davantage. Elle reste stationnaire pendant quelques instants, puis remonte assez rapidement de sorte qu'au bout de trois à cinq heures elle est revenue au chiffre où elle était avant l'administration du médicament. Les doses fractionnées ne présentent aucun avantage, vu les doses massives; l'effet est le même dans les deux cas.

Contrairement à ce que j'ai observé, Guttman note des sueurs abondantes pendant que se fait l'abaissement de la température. En même temps il y a une diminution de fréquence du pouls et des mouvements respiratoires.

M. Guttmann a essayé l'acétyl-phényl-hydrazine dans le rhumatisme articulaire aigu franc et a remarqué qu'au bout d'une à deux heures la fièvre tombait en même temps que les douleurs disparaissaient.

Les auteurs cités ici n'ont donc pas obtenu les mêmes courbes que moi, peut être parce que le médicament employé n'était pas exactement le même dans les différents cas. Lichtheim a employé l'acétyl-phényl-hydrazine pure à la dose de cinq à dix centigrammes, aussi a-t-il constaté un abaissement marqué et régulier de la température.

En résumé la pyrodine pure paraît se distinguer des autres antithermiques par la sûreté et la lenteur de son action (à dose thérapeutique), et par la persistance des résultats obtenus, la température ne remontant pas dès qu'on cesse son emploi et restant au contraire pendant plusieurs jours au chiffre normal. Cette propriété est de la plus haute importance et elle suffit pour faire préférer la pyrodine aux autres antithermiques dont l'effet est passager et dont il faut chaque jour augmenter les doses.

Action nervine. — Il était facile de prévoir que par suite de ses affinités chimiques, la pyrodine devait posséder des propriétés analgésiques. Sous ce rapport, elle se rapproche de l'atipyrine et peut-être même est plus puissante qu'elle. Elle m'a toujours réussi dans les cas où je l'ai employée pour calmer des douleurs vives et rebelles. Elle fait disparaître la migraine et agit également bien sur les névralgies périodiques. Dans un cas de sciatique il m'a suffit de donner pendant deux jours un cachet de huit centigrammes pour voir la douleur s'amender progressivement et disparaître complètement, j'aurais été heureux de m'en servir contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie, mais je n'en ai pas eu l'occasion.

Ces propriétés nervines avaient déjà été remarquées par Dreschfeld. Zerner les a utilisées dans un assez grand nombre des cas, et presque toujours avec succès (*Zeitschrift des Allg. Apoth. Ver*, n° 6). Guttmann, en administrant 10 centigrammes de substance pure (?) chez huit malades atteints de rhumatisme articulaire a vu les douleurs disparaître en peu de temps. Pour les classer tout à fait, il devait porter la dose jusqu'à 20 à 30 centigrammes par jour.

Le même auteur recommande l'usage externe de la pyrodine. Il s'en est servi en pommade à 10 0/0 contre le psoriasis et, deux fois a obtenu de bons résultats. Ces assertions demandent à être confirmées par une expérimentation plus étendue.

Georges Lemoine (de Lille).

REVUE GENERALE

DES MANIFESTATIONS INFECTIEUSES EXTRAPULMONAIRES DE LA PNEUMONIE. CONTAGIOSITÉ DE LA PNEUMONIE.

Par le Dr Henry BARBIER.

Suite (1).

II

ENDOCARDITE PNEUMONIQUE.

L'existence de l'endocardite dans le cours de la pneumonie avait été déjà remarquée et observée par les anciens médecins. Mais elle y est surtout considérée comme une lésion de propagation, car, d'après eux, elle serait généralement précédée d'une péricardite ou d'une pleurésie.

Bouillaud rangeait immédiatement après le rhumatisme, dans l'étiologie de l'endocardite et des affections du cœur, les phlegmasies de l'appareil circulatoire. Pour lui cette endocardite est identique à celle du rhumatisme et peut douneur lieu à des lésions d'orifice tout comme celle-ci. Grisolle dont la haute autorité faisait foi en la matière, devait faire oublier l'endocardite de la pneumonie.

Je n'ai pas pour but de passer en revue ici l'historique complet de la question de l'endocardite dans la pneumonie. Une longue observation clinique avait déjà permis de noter la coexistence de la pneumonie et des endocardites; mais la démonstration exacte de la nature de ces endocardites est de conquête toute récente.

La plupart des cas d'endocardite pneumonique des anciens auteurs concernent des endocardites bénignes ; M. *Netter* auquel on doit un remarquable travail sur cette question (2) et à qui nous empruntons les détails qui vont suivre n'a jamais rencontré cette forme de la maladie dont il accepte cependant l'existence; mais, en revanche, il a plusieurs fois rencontré une forme sérieuse : l'endocardite ulcéreuse, dans le cours de la pneumonie. Réunissant aux cas qu'il avait de par lui, ceux qu'il a rencontrés dans la littérature médicale il a pu réunir ainsi 82 *cas d'endocardite ulcéreuse pneumonique* bien observés, et c'est d'après ces observations qu'il a tracé l'histoire de cette endocardite.

Un premier point à mettre en lumière est la nature même de la maladie. Si l'endocardite est bien de même nature que la pneumonie, on doit y retrouver l'agent pathogène pneumonique. Or M. *Netter* a retrouvé 7 fois, dans la végétation de l'endocardite, « les microbes lancéolés, losangiques réunis en général par deux et entourés d'une capsule, qui est incolore, sorte de halo brillant, ou colorée d'un ton plus pâle que le microbe lui-même. » Ce sont bien là les caractères du microbe pneumonique. La coupe de la végétation montre également la présence de ces microbes dans son épaisseur.

La constatation de ces microorganismes avait déjà par elle même une grande valeur, mais M. *Netter* a poussé la démonstration beaucoup plus loin. Prenant avec toutes les précautions désirables une végétation provenant de l'endocardite chez une malade morte dans le service de M. Lancereaux, il l'a inoculée à des cobayes, à des lapins, à des souris. Et si l'on consulte le tableau où les résultats de ces inoculations sont résumés, on constatera que le cobaye 1 est mort de *pleuropneumonie* et de péricardite.

Le lapin 1, d'infection générale en 20 heures.

La souris 1, d'infection en 70 heures.

La souris 2, de pleuropneumonie et de péricardite en cinq jours.

Ainsi donc un premier fait : *la végétation endocarditique renferme un agent pathogène dont les réactions morbides sont celles du microbe pneumonique*. Continuant sa série M. Netter arrive aux résultats suivants :

L'exsudat pleural du cobaye 1 sert à inoculer un rat blanc qui meurt en deux jours de pleuropneumonie et de péricardite et l'exsudat pleural de ce rat inoculé dans la plèvre d'un lapin le fait mourir en 54 heures avec une pneumonie, une pleurésie double et une péritonite.

Les mêmes resultats ont été obtenus par M. Netter avec le sang du lapin 1.

Donc le sang et les humeurs des animaux tués par inoculation du liquide provenant d'une végétation endocardite, renferme lui aussi des microbes pathogènes ayant la même activité que ceux qui ont été inoculés primitivement.

Voilà donc un premier résultat bien mis en lumière : *L'endocardite observée dans le cours de la pneumonie renferme les mêmes microorganismes que celle-ci et il est possible avec les produits inflammatoires de l'endocardite de retourner expérimentalement à la pneumonie*.

Par un raffinement d'expérimentation, M. Netter, a réalisé l'expérience inverse. Partir de la pneumonie, arriver à produire l'endocardite. Mais pour cela par suite de raisons particulières, le cœur a besoin d'être préparé de la façon suivante. Un stylet introduit dans les carotides perfore les sigmoïdes de l'aorte. On inocule alors ou dans le poumon, ou dans la plèvre, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, de l'exsudat pneumonique ou une culture du pneumocoque, et lorsque les animaux succombent avec les signes de l'infection pneumonique, ils présentent en plus des lésions d'endocardite végétante.

Nous avons vu en commençant ce chapitre que pour les anciens auteurs, l'endocardite était surtout une lésion de propagation précédée de péricardite ou de pleurésie; mais cette pathogénie des endocardites pneumoniques doit être laissée de côté aujourd'hui. Infectieuse de sa nature, la pneumonie agit à distance par infection, et l'intermédiaire entre la lésion du poumon qui est primitive et celle de l'endocarde qui est secondaire. est *le sang*.

Chez les animaux la présence du pneumocoque dans le sang est bien prouvée. Chez l'homme *Friedlander* et *Talamon* en auraient trouvé également. M. Netter dans deux cas, est arrivé au même résultat; du sang recueilli par la saignée. ou par des ventouses scarifiées a déterminé chez des souris inoculées l'infection pneumonique.

II

Maintenant que nous savons que l'endocardite pneumonique est bien due au pneumocoque (1), à quel moment survient-elle? Elle peut être *contemporaine* : la pneumonie est infectieuse d'emblée : elle peut être *consécutive* : l'infection est secondaire. Peut-elle être primitive ? Oui, d'après M. Netter,

(1) Voir les numéros des 1er, 17 et 22 juin 1889.

(2) Netter. Endocardite végétante ulcéreuse pneumonique, in Archives de médecine, 1886.

(1) Je laisse de côté les endocardites étrangères au pneumocoque et qui comme M. Jaccoud l'a montré, peuvent être causées par des microorganismes différents, dans le cours d'une pneumonie, par exemple le microcoque de la suppuration. De sorte que, il faut bien s'entendre, toutes les endocardites dans le cours de la pneumonie ne sont pas des endocardites à pneumocoques.

qui l'a réalisée expérimentalement, lorsque l'infection ne se fera pas par les voies aériennes, ou, ce faisant, lorsque le poumon restera indemne.

Quelles sont maintenant les conditions d'opportunité de la localisation cardiaque. Elles *sont locales, générales.*

Localement, les anciennes lésions du cœur ont une influence marquée et bien connue : dans le cas où le cœur est sain, M. Netter fait entrer en ligne de compte l'état fibrineux du sang et sa tendance à se coaguler même pendant la vie.

Quant aux *causes générales* ce sont toutes celles qui rendent la pneumonie plus infectieuse : épidémies, forme grave de la maladie, grossesse, grippe, alcoolisme, chagrins.

Les *vieillards* sembleraient moins disposés à l'endocardite, mais cette immunité n'est qu'apparente, car il faut un certain temps pour que l'endocardite se constitue, et chez les vieillards la mort survient beaucoup plus tôt. C'est surtout vers *la deuxième ou la troisième semaine* que la complication est le plus fréquente, à partir du *troisième mois elle n'est plus guère à craindre.*

Ces chiffres, que j'emprunte comme tout ce qui précède au mémoire de M. Netter, ont leur importance au sujet des suites de la maladie.

Les lésions anatomiques sont celles de l'endocardite végétante, mais avec quelques particularités sur lesquelles M. Netter a attiré l'attention. C'est ainsi que les cavités directes du cœur sont plus souvent frappées (1/6 au lieu de 1/19) que dans les autres formes de l'endocardite. La lésion consiste en végétations plus ou moins développées de couleur gris-rose, de consistance molle, sessiles ou non. Lorsqu'on les arrache on détermine une ulcération sur l'endocarde. Quelques-unes de ces végétations renferment dans leur intérieur des foyers d'apparence purulente, qui s'ouvrant au dehors peuvent donner naissance à un anévrysme valvulaire. Le myocarde peut lui même être intéressé

Les embolies sont relativement rares ; et en particulier les embolies cérébrales. La méningite existe fréquemment avec l'endocardite.

Le plus souvent à l'autopsie on trouve la pneumonie guérie.

III

Lorsque l'endocardite survient dans le cours de la maladie pneumonique, elle passe le plus souvent inaperçue et c'est une trouvaille d'autopsie. Il n'en est pas de même dans la forme consécutive.

Ici la maladie évolue en deux périodes fébriles séparées par une apyrexie de quelques jours, de là :

Premier acte : pneumonie avec son cortège fébrile. *Entr'acte* : la pneumonie se guérit, la fièvre est tombée. *Deuxieme acte* : les frissons, l'élévation de la température indiquent une nouvelle localisation ; l'endocardite apparaît. Dès lors, la fièvre persiste, la santé s'altère gravement, et si l'on est prévenu on trouvera les signes classiques des lésions valvulaires récentes, ou d'une embolie, souvent une méningite marquera l'endocardite.

La durée de cette endocardite varie entre cinq et vingt jours à partir de son apparition.

Le diagnostic ne sera pas toujours facile. Les conditions d'auscultation ne sont pas toujours favorables. L'apparition d'un bruit de souffle, qui peut manquer d'ailleurs, et surtout ses changements de *timbre*, de *siège*, de *moment*, devant faire soupçonner une endocardite infectieuse.

Mais la fièvre d'infection peut se manifester aussi dans les infections de la tuberculose ou des microcoques de la suppuration.

On pourra songer à l'infection pyohémique si le sujet a des manifestations purulentes (arthrites, abcès), à la tuberculose si les lésions pulmonaires s'aggravent ; l'examen des crachats sera ici des plus utiles. D'ailleurs la date de l'apparition de l'infection pneumonique est beaucoup plus précoce.

La mort est la terminaison habituelle de l'endocardite pneumonique, mais nous savons maintenant que l'endocardite ulcéreuse peut guérir, et la brièveté de la vie du pneumocoque permet d'entravoir la possibilité de la guérison.

IV

MÉNINGITE PNEUMONIQUE.

La coexistence des inflammations des méninges avec la pneumonie était signalée et connue depuis longtemps par les auteurs. Les traités classiques, des mémoires français et étrangers avaient mis au point la question *clinique* des méningites compliquant les pneumonies. Mais comme le fait remarquer Netter, à qui nous allons encore faire de larges emprunts, la pathogénie de l'affection, ses rapports avec la pneumonie proprement dite n'étaient pas encore établis. La connaissance de l'agent infectieux, et surtout de celle de ses propriétés pathogènes devait jeter un jour particulier sur ce point de doctrine pathologique.

L'important mémoire de Netter (1) que nous suivrons pas à pas, va nous permettre de donner l'histoire de la méningite pneumonique.

La *fréquence* de la méningite par rapport au nombre des pneumonies est très variable, si l'on s'en rapporte aux statistiques fournies par les différents auteurs, et ce qui frappe davantage, c'est *la date* d'apparition de ces méningites, c'est aussi qu'elle *se montrent surtout par séries*, et qu'elles semblent correspondre à une malignité particulière et transitoire de la maladie, comme on disait autrefois, à une virulence passagèrement accrue du microbe pathogène, dans le langage moderne.

L'importance de *la lésion locale du poumon*, du *sexe* du malade est nulle. Il n'en est pas de même de l'âge. Elle est plus fréquente dans l'enfance et surtout *dans la première enfance*, et de plus, chose singulière, elle frappe également plus volontiers les vieillards. Elle est également fréquente chez les sujets affaiblis par les préoccupations, chez les femmes enceintes qui allaitent, chez les aliénés ou ceux qui ont des lésions organiques du cerveau.

Les lésions méningées sont assez caractéristiques: exsudat jaune verdâtre, surtout apparent le long du sillon de la convexité, existant également sur les deux faces du cervelet et à la base de l'encéphale. Cet *exsudat fait corps avec la pie-mère*, il est mou, fibrineux et se distingue très bien de l'exsudat lardacé de la méningite tuberculeuse et de celui plus liquide de la méningite consécutive à la carie du rocher.

Les méninges spinales sont souvent aussi envahies, les renflements lombaires et le renflement cervical sont plus spécialement touchés.

A un degré moins avancé, l'exsudat ne siège que le long des vaisseaux sous forme de bandes jaunâtres ou de points gros comme des grains de chènevis, avec une injection vasculaire souvent très marquée.

(1) Archives de médecine, mars 1887.

Enfin tout au début, c'est une mince traînée d'un blanc laiteux le long des vaisseaux et l'examen microscopique est nécessaire pour voir la méningite.

Telles sont les trois étapes de la lésion, mais la superficie du cerveau n'est pas seule atteinte. Les plexus choroïdes, les « ventricules en corps arrondis, jaunes, de consistance molle « ayant quelquefois la dimension d'une amande et plus. Leur « substance est infiltrée par l'exsudat fibrineux » (Netter). Le liquide ventriculaire peut être troublé et renfermer des flocons fibrineux.

Quant à *l'état du poumon*, on remarque que la résolution de la pneumonie est plus rare que dans l'endocardite pneumonique, que la suppuration est rare, qu'enfin l'hépatisation grise est à peine plus fréquente que dans l'endocardite.

A noter également la coexistence fréquente de l'endocardite végétante, de la péricardite fibrineuse ou fibrino-purulente, enfin de la pleurésie, et quelquefois la pleurésie double avec une pneumonie unilatérale.

La méningite pneumonique est *latente* dans la bonne moitié des cas. Lorsqu'elle se manifeste par des symptômes, ceux-ci sont extrêmement variés.

Elle peut réaliser le type classique *de la méningite aiguë*, de la convexité auxquels se surajoutent parfois ceux de l'exsudat à la base du cerveau : *phénomènes oculaires et pupillaires* (strabisme, inégalité pupillaire, chute de la paupière, etc.) *paralysie faciale, contracture et paralysie des muscles de la mâchoire, modifications du pouls et de la respiration*.

Telle est en peu de mots la deuxième forme de la méningite pneumonique. Une autre forme est réalisée *par le type apoplectique* (Obs. d'Inglessis. Obs. de Lanth, Arch. méd. 1886, etc.) avec ictus, hémiplégie, aphasie.

A ces trois formes : *latente*, *méningitique*, *apoplectique*, Netter ajoute une forme *cérébrospinale* avec *raideur du cou* et *opisthotonos*. La forme *basillaire* pure est rare.

Comparée à l'endocardite de la pneumonie, la date d'apparition de la méningite est différente. Il est de règle en effet que celle-ci apparaisse *pendant le cours de la fièvre pneumonique*. Plus rarement elle se montre *après la défervescence*, et plus rarement encore *avant la localisation pulmonaire*.

La durée de la maladie est en général courte, la mort survient parfois dans les premières heures de son apparition; sur 65 cas analysés par M. *Netter*, il en a trouvé environ 50 dans lesquels la mort est arrivée dans les trois premiers jours. Cependant la guérison a été observée quelquefois, ainsi que le passage à l'état chronique. Dans ce cas on peut observer chez les malades des accidents cérébro-spinaux qui rappellent la sclérose en plaques.

Le diagnostic est relativement facile, il est bon de se rappeler que la méningite est fréquente chez les enfants, chez les alcooliques, dans les épidémies graves de pneumonie.

(*A suivre.*) Dr H. B.

REVUE DES JOURNAUX

Contributions a l'étude de la fièvre typhoïde

I. Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr Vogl. *Munchner medic. Wochenschrift*, 1888, nos 48 et 49.

II. La fièvre typhoïde a l'hopital militaire de Munich sous l'influence du traitement méthodique par les bains froids, par le même. *Deutsche Arch. für klin. Médicin*. T. XLIII, fasc. 4 et 5, p. 457 et XLIV, fasc. 1, p. 100.

III. Un dernier mot sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brandt, par le Dr Port, *Munchner med. Wochenschrift*, 1889, n° 4.

IV. Naphtaline et fièvre typhoïde, par le Dr Sehrwarld. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, nos 20, 21 et 22.

I. — Dans son premier travail, M. Vogl, médecin militaire à Munich, partisan déclaré du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, passe en revue les principales appréciations qui ont été portées sur ce traitement par les cliniciens. Il constate que, selon l'opinion dominante, le danger principal de la fièvre typhoïde ne saurait être placé dans l'hyperthermie, et que les effets salutaires des bains froids dépendent non pas tant de leur action antipyrétique que de la modification qu'ils impriment au système nerveux. C'est en somme la thèse défendue par le professeur Péter, en France, dans la mémorable discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, qui s'est produite à l'Académie de médecine, il y a cinq ans.

Relativement au mode d'emploi du traitement hydrothérapique de la fièvre typhoïde, M. Vogl constate qu'on est loin d'être d'accord; il ajoute que, pour lui, le traitement efficace par excellence n'est autre que l'application rigoureuse de la méthode de Brandt.

II. — Dans son second mémoire, M. Vogl entreprend de défendre la valeur des statistiques qu'il a publiées, pour démontrer la supériorité du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Contre ces statistiques, on a dirigé deux ordres d'arguments. On a dit d'abord que la signification attribuée au mot de fièvre typhoïde autrefois et aujourd'hui n'est pas la même, qu'à différentes époques on a englobé dans cette signification des maladies diverses, ce qui expliquait suffisamment les différences dans les taux de mortalité, accusées par les statistiques. A cela l'auteur répond que, si l'on s'en tient à l'expérience des dernières années, correspondant à une époque où la signification du mot fièvre typhoïde est devenue très précise, il est démontré que le taux de la mortalité est moindre pour les cas traités par les bains froids que pour les autres.

On a dit ensuite que si, dans le cours des cinquante dernières années, la mortalité par fièvre typhoïde était allée en diminuant, cela était redevable en grande partie à ce que le génie épidémique de la maladie avait perdu de sa malignité. A cet argument, M. Vogl répond par une statistique, dans laquelle il met en regard, pour les mêmes périodes annuelles, le taux de la mortalité des cas de fièvre typhoïde traités systématiquement par les bains froids, et des cas traités différemment à l'hôpital militaire de Munich. Il appert de ces chiffres que toujours le taux de mortalité a été sensiblement inférieur pour les cas de la première catégorie.

M. Port, un autre médecin de Munich, a contesté la valeur de ces chiffres, en faisant valoir que la fièvre typhoïde ayant perdu beaucoup de sa gravité, est devenue plus facile à traiter, il a insisté sur ce fait qu'aujourd'hui on ne trouve plus, dans les salles d'autopsies, de ces cadavres de typhiques bien nourris, à musculature puissante, d'un rouge foncé, provenant de sujets morts de la fièvre typhoïde au douzième jour de la maladie; preuve que celle-ci a perdu de sa malignité.

M. Vogl réplique que, sur 65 sujets morts de la fièvre typhoïde à l'hôpital de Munich, de 1876 à 1882, 15 ou 16 ont succombé avant le douzième jour de la maladie, et, 2 exceptés, sans complications particulières, la mort ayant été le fait de la gravité de l'infection; que d'autre part, dans 70 p. 100 des cas traités suivant la méthode de Brandt à l'hôpital militaire de Munich, la température a atteint ou dépassé 40°, et que la durée

moyenne du stade fébrile a été de trois semaines et demie, toutes circonstances qui ne parlent nullement dans le sens de la bénignité de la maladie.

M. Port avait fait valoir aussi qu'à l'hôpital militaire de Munich, les cas légers avaient été mis dans la deuxieme division (celle de M. Vogl), et que les cas graves étaient dirigés sur la première division qui figure dans la statistique ci-dessus mentionnée pour un chiffre de mortalité constamment plus élevé.

M. Vogl répond qu'il serait pour le moins singulier que, pendant une longue série d'années, l'une des divisions de l'hôpital de Munich eût été constamment favorisée aux dépens de l'autre, eu égard à la bénignité des cas de fièvre typhoïde admis en traitement, que d'ailleurs les courbes de température sont là pour enlever toute la valeur aux assertions de M. Port à ce sujet.

Un médecin de Hambourg, M. Glaeser, a publié jadis des statistiques, pour montrer qu'à l'hôpital de Hambourg, dans les différents services, le taux de la mortalité par fièvre typhoïde avait été, pendant une période de temps de huit années, sensiblement le même (7 à 8 p. 100), quelle que fût la médication mise en œuvre, qu'on eût ou non recours à l'emploi de l'eau froide.

M. Vogl objecte qu'en somme, à l'hôpital de Hambourg, on n'a pas employé systématiquement la méthode de Brandt, qui d'après lui, eût sans doute donné des résultats meilleurs.

Suivent des détails circonstanciées sur la marche de la fièvre typhoïde, exempte des complications, quand elle est traitée rigoureusement suivant les préceptes de Brandt (toutes les 3 heures un bain à 20° de 15 minutes de durée, tant que la température rectale atteint ou dépasse 39°5; en outre compresses froides souvent renouvelées sur le bas-ventre). Dans les conclusions que l'auteur a placées à la fin de son travail, il insiste sur ce que les médicaments antipyrétiques ne doivent pas être employés comme adjuvants du traitement par les bains froids, que leur emploi est indiqué seulement dans les cas où la balnéation froide se heurte à des contre-indications absolues.

III. — M. PORT a répliqué à M. Vogl, en maintenant ce qu'il avait dit de la répartition des cas de fièvre typhoïde entre les deux services de l'hôpital militaire de Munich. Il constate, d'autre part, qu'en 1872 et 1873, M. Vogl, qui était déjà partisan zélé de la méthode de Brandt, avait perdu 25,8 p. 100 de ses typhiques traités par les bains froids, preuve que cette médication est tout aussi impuissante que les autres, contre les formes graves de la fièvre typhoïde.

IV. — M. Sehrwald, élève du professeur Rosbach, d'Iéna, a fait des recherches très consciencieuses sur l'action de la naphtaline dans la fièvre typhoïde et notamment sur l'action de cette substance sur les bacilles présumés typhogènes. Il a résumé les résultats de ses recherches dans un certain nombre de conclusions dont nous allons faire connaître la substance :

A la température de la chambre, la naphtaline en substance entrave, mais seulement à un faible degré, le développement des microbes de la putréfaction, des matières fécales et de la fièvre typhoïde. L'action désinfectante de la naphtaline en poudre est plus prononcée quand on augmente la surface de contact de cette substance avec les matières à désinfecter; il en est de même lorsque l'on agite un liquide putrescible tenant en solution de la naphtaline.

L'action délétère de la naphtaline sur les espèces de bactéries mentionnées plus haut est beaucoup plus prononcée lorsqu'on opère à la température du corps humain : il est vraisemblable dès lors que la naphtaline exerce cette action parasiticide surtout à l'état de gaz.

Dans l'intestin, l'action parasiticide de la naphtaline s'exerce dans des conditions beaucoup plus propices que dans un verre à réactif, en raison de la température qui règne dans l'intestin, et à cause des mouvements péristaltiques, qui multiplient les points de contact du contenu intestinal avec la naphtaline.

Additionnée aux matières fécales « in vitro », la naphtaline diminue de moitié la richesse de ces matières en bactéries; le nombre des bactéries des matières fécales est réduit au tiers ou au quart, lorsque la naphtaline est administrée à l'intérieur, puis ce nombre revient à sa valeur primitive, sans doute à cause du développement plus intense des germes qui résistent davantage à l'action de la naphtaline. L'action parasiticide de cette substance est particulièrement prononcée sur les bactéries que l'on trouve dans les selles des typhiques, notamment sur les bactéries qui subsistent dans ces selles après administration du calomel. L'administration combinée de la naphtaline et du calomel, dès les premiers débuts de la fièvre typhoïde, est une médication des plus rationnelles, les deux agents médicamenteux s'adressant à deux genres d'agents différents, et la fièvre typhoïde étant le produit d'une infection mixte.

Cette dernière conclusion, fait remarquer l'auteur, est basée sur des résultats d'expériences de laboratoire. Il est réservé à l'expérimentation clinique de nous renseigner d'une façon exacte sur la véritable valeur de l'emploi de la naphtaline dans le traitement de la fièvre typhoïde.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

DES ABCÈS DE LA RÉGION ANO-RECTALE ET DE LEUR TRAITEMENT, par E. MÉLOCHE. (Thèse de Paris).

Avec son maître, M. Reclus, l'auteur divise les abcès de la région ano-rectale suivant leur situation par rapport au sphincter. C'est ainsi qu'il distingue des abcès sous-sphinctériens étudiés jusqu'à cette heure sous les noms d'abcès tubéreux ou sous-dermiques, d'abcès sous-cutanés; des abcès extra sphinctériens, ayant pour point de départ le tissu cellulaire qui sépare le rectum de la ceinture osseuse du bassin; des abcès intra-sphinctériens se développant sous la muqueuse et la peau marginale de l'anus. Ces derniers de beaucoup les plus fréquents sont particulièrement visés dans le présent travail. Se manifestant tout d'abord par une sensation de gêne, de pesanteur, ils ne tendent pas à apparaître sous forme de tumeur globuleuse, chaude, douloureuse à la pression. Les téguments rouges, violacés, ensuite œdémateux, se laissent distendre par la collection purulente. Un doigt introduit dans le rectum est soulevé par le pus que chasse sous la muqueuse un doigt placé sur la saillie du phlegmon. L'ouverture de l'abcès amène une détente telle que le malade se croit guéri, jusqu'au jour où de nombreux abcès apparaissent, amenant l'établissement d'une fistule définitive. C'est parce que tout abcès de la marge de l'anus est une fistule en puissance, qu'il faut non seulement les traiter par l'incision simple suivant la méthode de Foubert, mais qu'il vaut encore mieux courir au-devant du mal qui se prépare par l'incision précoce du rectum ainsi que le conseillait Faget. C'est par ce dernier procédé

seul en tous cas, que pourront être guéris les abcès intra-sphinctériens tuberculeux.

De la résection du sternum, par A. Rouillès. (Thèse de Paris.)

Les résections du sternum dont l'auteur rapporte les observations ont été pratiquées soit pour des lésions traumatiques, soit pour des lésions inflammatoires, soit pour des lésions néoplasiques, soit enfin comme moyen opératoire pour vider des collections purulentes ou lier des vaisseaux profondément situés. L'os a été réséqué en totalité ou en partie, le manubrium, le corps, l'appendice xiphoïde ayant pu être séparément intéressés. L'étendue de la plaie opératoire, les causes qui motivent l'intervention la méthode simple ou sous périostée employée, font varier la gravité de l'acte chirurgical. Dans les fractures par armes à feu la résection généralement partielle est subordonnée comme gravité à l'importance de la lésion primitive. Souvent totale dans les affections inflammatoires chroniques, elle sera relativement peu dangereuse en raison de l'épaississement du périoste et de sa conservation garant d'une régénération osseuse. La malignité plus ou moins grande de la tumeur médiastine ou osseuse, ses adhérences, l'époque à laquelle on intervient entrent pour la plus large part dans l'établissement du pronostic outre que certains accidents tels que l'ouverture des plèvres, du péricarde, la blessure des vaisseaux sont des accidents à redouter. Et dans le cas où il importerait d'aller pratiquer des ligatures sur les gros troncs artériels ou veineux que le sternum recouvre, il serait permis de réséquer le mannbrium en observant les règles opératoires que l'auteur indique avec les plus grands détails.

L'ostéomyélite des os du crane, par M. Jaymes. (Thèse de Paris.)

L'ostéomyélite des os du crâne se manifeste de préférence chez les enfants et plus particulièrement à la suite d'une conclusion ou dans la convalescence d'une fièvre grave. Ses principaux symptômes sont la céphalalgie, l'abcès sous périostique crânien, l'élévation exagérée de la température et des pulsations des phénomènes généraux, la nécrose rapide de l'os. Cette affection tout infectieuse, dont le staphylococcus aureus est l'agent spécial, débute par l'inflammation du tissu spongieux autrement dit du diploé. Le pus qui ne tarde pas à se former vient fuser soit sous le périoste soit sous la dure-mère pour constituer des abcès sous-périostiques ou intra-crâniens. L'indication très nette est ici de recourir sans trop tarder à la trépanation pour éviter la pyohémie avec tous les accidents qui l'accompagnent tels que phlébite des sinus et méningite.

Fractures juxta-articulaires, leur traitement par le massage, par A. L. Laperverche, (Thèse de Paris.)

Le voisinage d'une articulation accroît la gravité d'une fracture et exige un traitement approprié. Eût-on pour simple but d'aider la résorption du sang épanché, capable de faire naître, en jouant le rôle de corps étranger de l'arthrite plastique subaiguë, que le massage se trouverait largement indiqué. Facilitant les fonctions de sécrétion et d'excrétion cutanée rendant l'afflux du sang plus facile, favorisant la nutrition et la contractilité musculaire, on voit déjà qu'une des conséquences les plus avantageuses serait à coup sûr d'éviter les raideurs articulaires.

La pratique journalière est venue depuis un certain temps corroborer ces idées théoriques. C'est avec le plus grand succès qu'on masse les fractures de l'extrémité inférieure du radius, du péroné, du fémur, de l'humérus, du coude, de la rotule et qu'on mobilise de bonne heure les articulations voisines. Non seulement l'atrophie du membre est évitée et le jeu de l'articulation rétabli, mais encore la cure est plus rapide.

De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie, par G. Provendier. (Thèse de Paris.)

Si la coxalgie apparaît dans l'enfance, la sacro-coxalgie est au contraire l'apanage de l'adolescence et de la seconde jeunesse. A cette époque commencent à se développer les parties osseuses avoisinant l'articulation sacro-iliaque et c'est sur elles, non plus sur l'articulation coxo-fémorale, comme cela aurait eu lieu quelques années plus tôt qu'agissent les causes capables d'engendrer l'arthrite chronique. L'effacement de la fesse, l'abaissement du pli fessier, l'empâtement, la douleur provoquée, sont les symptômes fondamentaux de l'affection que l'intervention chirurgicale peut très heureusement modifier et parfois même guérir.

Des corps mobiles articulaires, par A. Rousselin. (Thèse de Paris.)

Le traitement à opposer aux arthrophytes, quelle que soit leur nature, est l'arthrotomie ou incision franche de l'articulation. Si l'opération n'a pas été trop laborieuse, le chirurgien sûr de son antisepsie, pourra se contenter d'un seul plan de sutures intéressant la peau et la synoviale, en se dispensant de pratiquer le drainage. Rien de nouveau à signaler dans le présent travail.

De la périmétrite et de son traitement, par A. Versepuy. (Thèse de Paris 1888.)

Laissant de côté toute question doctrinale, ne cherchant pas trop longtemps à savoir s'il y a lien de distinguer la pelvipéritonite du phlegmon péri-utérin, le médecin devra surtout se rappeler que dans les collections intra-péritonéales, l'inflammation adhésive finit par constituer une cavité fermée qui, pratiquement, peut être considérée comme extra-péritonéale. De là découlent, d'une part, l'indication de donner issue au pus, soit par le vagin ainsi que le fait Schroeder, soit par le rectum comme le propose Byford, soit par l'ouverture de l'abdomen, suivant la pratique de Lawson Tait et de Terrillon, soit enfin par la laparatomie sous-péritonéale comme le conseillent Hégar et Pozzi; et de l'autre, la bénignité relative d'une pareille intervention. Le procédé qui va à la recherche du phlegmon par la voie pubio-iliaque paraît devoir être plus particulièrement recommandé en ce qu'il permet d'agir à ciel ouvert et qu'il ne présente ni les inconvénients dus à l'insuffisance de l'incision, ni les dangers résultant de l'ouverture de la grande séreuse. Pratiqué suivant les préceptes de la plus rigoureuse antisepsie, il est exceptionnellement suivi de résultats fâcheux. La périmétrite chronique plastique n'est guère tributaire que du traitement médical. Si l'iodure de potassium a été sans influence marquée, les eaux minérales et surtout les chlorurées-bicarbonatées-sodiques de Carlsbad et de Saint-Nectaire paraissent avoir produit d'assez bons effets.

Contribution a l'étude du diverticule de l'iléon ou diverticule de Meckel, par L. Augier. (Thèse de Paris 1888.)

Les diverticules intestinaux se divisent en diverticules vrais et en diverticules faux. Généralement petits, bosselés, à base plus ou moins pédiculée, les premiers sont caractérisés par leur siège constant sur la dernière portion de l'iléon et par leur

constitution anatomique. Toujours formés par les trois tuniques de l'intestin ils diffèrent essentiellement des seconds qui ne sont autre chose qu'une hernie de la muqueuse à travers la tunique musculaire. Dans certains cas le diverticule vrai va jusqu'à l'ombilic et reste perméable dans tout ou partie de son parcours ; le plus souvent son extrémité libre de toute adhérence, flotte dans la cavité abdominale. C'est de ce dernier que s'est particulièrement occupé l'anatomiste Meckel. Constaté dans le rapport de 1 pour 80, il ne paraît pas se rencontrer plus souvent chez l'homme que chez la femme, chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard. D'après plusieurs auteurs il coexisterait fréquemment avec d'autres vices de conformation, tels que becs de lièvre, gueules de loup, utérus bicornes. Flottant à la surface de la masse intestinale, à extrémité sphérique toujours tournée en haut, il est peu exposé à la pénétration et au séjour des matières. Si son étranglement est en vérité assez rare, il peut par contre entraîner aisément, par bascule, une occlusion intestinale. Le diagnostic de la vraie cause du mal est ici, la plupart du temps impossible. Les symptômes, la marche, la durée de l'affection se trouveront absolument identiques à ceux des autres variétés d'occlusion et le plus pressé sera d'aller lever l'obstacle par la laparatomie.

Le travail de M. Augier se recommande à de nombreux titres, non seulement il a tenu compte des résultats fournis par plus de trois cents autopsies, mais encore il a étudié les diverticules de l'intestin moyen dans la série animale. Ce dernier point de vue est du plus vif intérêt, si l'on admet que certains caractères ancestraux peuvent se manifester dans les cas tératologiques observés chez l'homme.

Ch. Amat.

BULLETIN

Valeur d'un nouvel anesthésique : le chlorure de méthylène. — Méthode thermo-chimique appliquée a l'étude des tissus. — Questions d'hygiène polulaire.

Il est, dans l'ordre des choses médicales, un certain nombre de questions pourvues du privilège de passionner l'opinion publique, toutes les fois qu'un incident vient les remettre à l'ordre du jour. Parmi ces questions, on peut mettre au premier rang celle des applications du chloroforme, de ses avantages, de ses inconvénients, de ses dangers. Pour donner une idée de l'intérêt qu'elle inspire, il suffit de constater l'émotion soulevée par ces faits isolés dans lesquels on voit un opéré succomber pendant la période d'anesthésie, contre toute prévision et en dépit des soins les plus immédiats et les plus éclairés ; on peut juger alors de l'importance que tous, chirurgiens ou gens du monde, attachent à voir ébranler la notion de sécurité inhérente jusqu'à ce jour à l'idée d'anesthésie. Cette réflexion sera justifiée une fois de plus par la communication que vient de faire M. Polaillon devant l'Académie avec une sincérité et une bonne foi qui l'honoreut.

M. Polaillon est venu exposer les détails d'un cas de mort sous le chloroforme observés à l'hôpital de la Pitié chez un individu auquel il avait dû pratiquer une opération simple et par elle-même sans danger. Ce qui ressort de cet exposé, c'est tout d'abord l'impossibilité d'expliquer la mort par l'une quelconque des raisons habituellement invoquées en pareil cas. L'opéré, homme adulte et bien portant, ne présentait aucune des affections viscérales que l'on considère traditionnellement comme autant de contre-indications formelles à l'emploi du chloroforme.

En second lieu, il s'agit de savoir, pour expliquer le mécanisme de cette mort inattendue, jusqu'à quel point il convient d'incriminer la composition du liquide anesthésique, qui, dans le cas particulier, était le chloroforme méthylique ou chlorure de méthylène. On sait que cet anesthésique a été employé sur une large échelle en Angleterre et récemment importé en France. Sur ce point M. Polaillon a formulé sa pensée d'une manière affirmative ; il estime que le chloroforme a pu amener la mort par lui-même, indépendamment de toute lésion viscérale, à la façon d'un poison cardiaque déterminant la paralysie brusque du cœur et l'arrêt de ses contractions. Une remarque favorable à cette manière de voir, c'est que, chez son opéré, l'arrêt des contractions a précédé nettement celui de la respiration, à l'inverse de ce qui a lieu d'ordinaire ; preuve évidente que le cœur a été touché directement soit dans son innervation, soit dans sa musculature : mais semblable accident a été déjà observé avec l'emploi du chloroforme ordinaire. La question est donc de savoir lequel de ces anesthésiques, chloroforme pur, chlorure de méthylène, donne le plus de sécurité à l'opérateur et à l'opéré.

Cette discussion a fourni à l'honorable chirurgien de la Piété l'occasion de comparer les deux espèces de chloroforme et d'exposer en ce qui les concerne, les résultats de sa pratique chirurgicale. Jusqu'à présent le chlorure de méthylène avait procuré entre ses mains une anesthésie satisfaisante, obtenue toutefois avec une lenteur marquée, excessive dans certains cas. Cette lenteur était-elle compensée par une sécurité plus grande ?

Exception faite du cas malheureux qui l'a amené à la tribune, M. Polaillon incline à répondre par l'affirmative en tenant compte toutefois des réserves motivées par l'insuffisance de la statistique, seul moyen de juger une question d'aussi grand intérêt.

M. L. Le Fort, un des initiateurs et des partisans convaincus de l'usage du chlorure de méthylène incline à croire, lui, que parmi les anesthésiques, aucun n'offre les garanties d'innocuité absolue que l'on est en droit d'espérer. Faut-il mettre ce reproche sur le compte de leur constitution intime, atomique, au sujet de laquelle la chimie paraît impuissante à nous renseigner ? Sans vouloir se prononcer sur ce point, M. Le Fort tient seulement à constater que la provenance du liquide employé a son importance. En ce qui le concerne, il n'a eu qu'à se louer du chlorure de méthylène importé d'Angleterre et identique à celui dont Spencer Wells dit avoir tiré de si beaux résultats, tandis que le liquide similaire fabriqué en France est loin d'avoir produit entre ses mains d'aussi bons effets.

Il y a donc dans cette question des avantages comparés du chloroforme pur et du chloroforme méthylique, aussi bien que dans celle de l'anesthésie en général, une inconnue que l'expérience ultérieure pourra seule permettre de dégager. C'est dire qu'à l'heure actuelle, nous attendons encore l'anesthésique idéal, parfait, celui dont l'approche n'excitera plus, chez le chirurgien et chez l'opéré, d'autre sentiment que celui d'une sécurité entière et absolue.

— Dans l'une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. Sappey a fait connaître sous le nom de méthode *thermo-chimique*, un nouveau procédé de préparation histologique qui paraît appelé à rendre de grands services. Cette méthode s'appuie sur une donnée fondamentale, qui n'est autre que l'association de l'action du calorique avec l'action des

agents chimiques, celle-ci pouvant précéder celle-là dans l'ordre initial des manipulations préparatoires. Grâce à elle, M. Sappey est parvenu suivant les exigences de chaque cas particulier, à ramollir les tissus et les organes durs, et à durcir les tissus mous de manière à en faciliter singulièrement l'examen microscopique; cela sans la moindre altération préalable de la constitution histologique des parties à examiner. Les résultats fournis par cette méthode sont d'une netteté parfaite, absolue. Leur interprétation est facile et ne laisse place à aucune des objections inhérentes à la plupart des autres modes d'investigation microscopique.

Grâce à cette méthode qu'il emploie depuis longtemps et dont l'application peut s'étendre à l'étude des invertébrés aussi bien qu'à celle des vertébrés, M. Sappey a pu découvrir des faits d'un extrême intérêt: simultanément il a pu redresser des erreurs déjà anciennes, traditionnelles pour ainsi dire, dont la perpétuation jusqu'à ce jour s'expliquait par l'imperfection des anciens procédés d'investigation. Il a pu notamment déterminer la structure des glandes de l'estomac longtemps considérées et décrites comme de simples glandes en tube: il a reconnu que cette structure est complexe et que les glandes gastriques sont divisées, ramifiées, de manière à offrir sur le champ du microscope l'aspect d'un chevelu ramifié très touffu. Dans un autre ordre d'idées, il a pu déterminer avec une grande précision le nombre des ovules contenus dans l'ovaire d'une jeune fille; il a reconnu que ce nombre n'est pas moindre de 1700 à 1800 par millimètre carré et qu'il s'élève ainsi au chiffre invraisemblable de 400.000 par ovaire, de 800.000 pour les deux ovaires. N'y a-t-il pas dans ce chiffre prodigieux une nouvelle preuve de la sollicitude dont la nature a entouré la reproduction de l'espèce et des garanties par lesquelles elle a assuré sa fécondité? En tous cas, ces deux exemples suffisent à faire ressortir l'importance de la nouvelle méthode que M. Sappey est venu exposer devant l'Académie. Cette méthode réalise un progrès et devient, pour l'honorable professeur de la Faculté de Paris, un titre qui vient s'ajouter à ceux que ses précédents travaux lui ont acquis dans l'estime des anatomistes.

— Les questions d'hygiène publique sont devenues la principale préoccupation de notre époque: on peut juger de leur importance d'après la place qu'elles occupent dans la sollicitude des gouvernements et l'accueil qu'elles trouvent auprès des gens éclairés. En choisissant une de ces questions pour sujet d'une conférence faite récemment au Trocadéro, M. J. Rochard était donc assuré de rencontrer un auditoire nombreux et attentif, désireux de s'instruire à la parole d'un savant autorisé. Le sujet choisi par le conférencier était la question des *intoxications volontaires*, limitée pour notre pays à l'étude de l'influence exercée par ces trois poisons usuels qui s'appellent la morphine, l'alcool, le tabac. Il n'est guère de sujet qui nous touche de plus près que cette question des dangers et des maux inhérents à l'abus de ces trois substances toxiques, devenues toutes trois, à des titres divers, de véritables nécessités pour la société moderne. A elles se rattachent des habitudes, des vices, des passions, dont nous sommes chaque jour les témoins, parfois les victimes, et pour un certain nombre les complices.

M. J. Rochard a traité ce grave sujet avec la compétence impartiale d'un hygiéniste qui ne sacrifie rien aux préjugés et ne s'en rapporte qu'à l'observation. Par exemple, les inconvénients du tabac lui paraissent exagérés; l'habitude de fumer, si souvent incriminée, ne saurait équitablement être rendue entièrement responsable de l'influence débilitante qu'on lui attribue vis-à-vis des facultés de l'esprit. Il y a plus, cette habitude peut être utile dans une certaine mesure, au travailleur intellectuel, à l'homme de cabinet, au penseur.

Pour ceux-là et pour bien d'autres le tabac est le compagnon de nos veilles, le soutien et le consolateur des jours d'épreuve, un véritable moyen de philosophie et d'oubli. Mais cette part faite aux circonstances atténuantes, il reste encore sur le compte du tabac bien des méfaits que M. Rochard a fait ressortir avec une précision vigoureuse, bien propre à éclairer ceux qui doutent encore de ses propriétés nocives.

L'indulgence que le tabac mérite à certains égards, ne paraît pas devoir, tant s'en faut, s'étendre à l'abus de la morphine et à l'alcoolisme. La morphinomanie est devenue un danger public: après avoir été l'apanage des classes élevées, elle s'infiltre actuellement parmi les gens du peuple. La loi ici n'est pas désarmée, tant s'en faut. Il suffit que médecins et pharmaciens agissent dans une entente commune pour opposer une barrière infranchissable à l'extension de ce fléau. Chose triste à dire, c'est parmi nous, médecins, qu'il recrute un grand nombre de ses victimes: les médecins morphiomanes sont nombreux et dissimulent leur habitude avec le soin que l'on met d'ordinaire à cacher des passions inavouables. Quant à l'alcoolisme, cette plaie de la deuxième moitié de notre siècle, le procès en est fait depuis longtemps (M. J. Rochard a démontré pièces en mains, les ravages qu'il produit chaque jour, principalement chez les peuples du Nord: il a fait ressortir ainsi, avec plus d'autorité, l'urgente nécessité des mesures à prendre pour en arrêter la diffusion et pour arrêter du même coup la fréquence croissante de l'aliénation mentale et du suicide, dont les progrès sont liés à la consommation de l'alcool, comme l'effet est uni avec la cause.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

— Crémation. — Le Conseil municipal dans sa séance du 27 juin a voté la proposition suivante de sa deuxième commission.

1° Ouverture d'un crédit de 383,299 fr. pour l'achèvement du monument crématoire du cimetière de l'Est.

2° Etablissement d'un nouvel appareil crématoire au cimetière du Sud;

3° Etablissement d'une taxe pour les incinérations, étant entendu que l'exemption sera de droit, pour les corps exhumés des cimetières parisiens, et pour les corps amenés de l'extérieur lorsqu'il n'existera pas de four crématoire au lieu du décès.

— Inspection sanitaire des viandes fraîches importées en France. — Cette inspection cessera d'être faite à la douane de Prris, dans les gares du Nord, de l'Est et de l'Ouest. Les bureaux de douane, de Bordeaux, Nantes, Rouen et Dunkerque, continueront à être ouverts à ce service.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. Clinique des Quinze-Vingts. — Concours pour une place de médecin-adjoint. La date du concours primitivement fixé au 5 août est reculée et sera ultérieurement indiquée. L'art 8 de l'arrêté du 24 mai, qui imposait au candidat désigné par le jury un stage de 6 mois est supprimé. La limite d'âge de 35 ans, ne sera pas maintenue.

Hôpitaux de Paris. — Le concours du bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Dreyfous, André Petit et Variot.

Hôpitaux de Paris. — M. Guéniot est nommé chirurgien en chef de la Maternité.

* * *

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 22 juin, M. Pinard, agrégé est nommé professeur de clinique d'accouchement.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 22 juin, M. Macé agrégé, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Dumas, décédé.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret en date du 22 juin, M. Grynfeltt, professeur d'opérations et appareils, est nommé sur sa demande, professeur de clinique obstétricale et gynécologique.

* * *

— M. Chalot, professeur de pathologie externe, est nommé sur sa demande, professeur d'opérations et appareils en remplacement de M. Grynfeltt.

* * *

— Nous avons annoncé qu'un drapeau allait être placé à la Faculté toutes les fois qu'un accouchement avait lieu à la Clinique. Ces drapeaux sont les suivants : le blanc indiqué, un accouchement simple ; le jaune, une dystocie ; le vert, une opération.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Bulletin de la Société de médecine d'Anger, fondée en Germinal an V (1797), 92e année. Nouvelle série. — 16e année, 2e semestre 1888. — Imprimerie Lachèse et Dolbeau, 4, Chaussée Saint-Pierre, à Angers.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 JUIN 1889.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 15.—Diphtérie, croup, 28. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 46. — Autres, 7. — Méningite, 46. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9.—Maladies organiques du cœur, 38. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 32. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 22. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 15 —Biberon, 68. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 27. — Suicides, 20.—Autres morts violentes, 12.—Autres causes de mort, 165.—Causes inconnnes, 15. —Total : 894.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., Imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

ÉPIDÉMIOLOGIE

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SEPTICÉMIE PUERPÉRALE D'ORIGINE ÉRYSIPÉLATEUSE, PAR LE Dr FIESSINGER, D'OYONNAX (AIN).

Depuis longtemps la clinique a reconnu les rapports qui existent entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Hardy a insisté sur ce point dans la séance de l'Académie de médecine du 5 juin 1888. La discussion s'ouvrait, à la suite d'un rapport où Cornil (Acad. méd., 29 mai 1888) concluait, d'après un travail de Widal, qu'entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle, il n'existait aucun caractère distinctif et que ce streptocoque, à lui seul, suffisait à produire les différentes formes de l'infection puerpérale.

Nous venons d'être témoin d'une épidémie où cette origine érysipélateuse de la septicémie puerpérale est absolument évidente (1).

Mademoiselle X... sage-femme à Thoirette (canton d'Arinthod, Jura), exerce depuis plusieurs années sa profession, et tout en faisant de 30 à 40 accouchements par an, n'a jamais observé un seul cas de fièvre puerpérale. C'est une sage-femme relativement instruite qui a été sous-maîtresse à la Maternité de Bourg.

Le 10 mars 1889, la mère de la sage-femme, âgée de 45 ans, est atteinte d'une érysipèle de la face, à forme ambulante, qui envahit successivement les bras, le dos, les reins, et les membres inférieurs. L'état de la malade est très grave pendant un mois. Sa fille la soigne, et en même temps, va faire des accouchements au dehors.

Le 12 (la mère de la sage-femme n'ayant son érysipèle que depuis deux jours), la sage-femme est appelée pour un accouchement. La femme est délivrée et reste bien portante.

Le 15, nouvel accouchement à Conflans, hameau éloigné de 3 kilomètres de Thoirette. L'accouchement est facile; mais six jours après il est suivi d'un frisson, de fortes douleurs à la tête et dans le ventre, avec ballonnement de ce dernier. Nous ne voyons cette malade que 15 jours plus tard (1er avril).

La température est à 40°, le ventre ballonné et douloureux. Il se forme une pelvi-péritonite suppurée qui s'ouvre par le rectum le 18 avril.

Par une lettre datée du 7 mai, la malade nous annonce sa guérison complète.

— Le 23 mars, Mademoiselle X... accouche la femme de l'instituteur de Chaléa, hameau de la commune de Thoirette. Deux jours après l'accouchement, la femme est prise d'un frisson, de violents maux de tête, de diarrhée abondante, avec douleurs du ventre. Nous voyons la malade le 31 mars, pour

(1) Nous avons publié ailleurs (Traitement de la septicémie puerpérale par les injections intra-utérines. Mem. prés. à la Soc. de méd. de Toulouse), l'observation d'une malade qui tout en étant atteinte d'érysipèle au moment de l'accouchement, n'a pas eu d'accidents septicémiques. Cela semble prouver que la présence du streptocoque dans le sang de l'accouchée n'est pas suffisante. Il faut que ce streptocoque soit déposé directement à l'entrée de la cavité utérine pour que les accidents éclatent.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. GUI PATIN, doyen de la Faculté de médecine de Paris, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique, par Félix Larrieu (Thèse de doctorat). In-4°, X-135 p. avec portrait et gravures. (Bourget, imprimerie Tardy-Pigelet, 1889). — II. L'ART DE CONSERVER SA SANTÉ, composé par l'École de Salerne. Traduction nouvelle en vers françois, par M. B. L. M. In-12, VI-103 pages. A Petit-Bourg, chez Paul De Cauville, DCCCLXXXVIII. — III. NOTICES SUR JEAN TARDIN et JULES ROUSSET, par A. Mazon. In-4° de 42 p. Tournon, 1888. — IV. HISTOIRE DE L'UNIVERSITÉ D'AIX, par le docteur Félix Chavernac. 1er fasc. In-8° de 140 pages. Aix, 1889.

Gui Patin ! biographie tentante. Sainte-Beuve l'a entreprise. Je n'y songe jamais, sans me reporter au chartreux Bonaventure d'Argonne : « Il (Gui Patin) était satirique depuis la tête jusqu'aux « pieds. Son chapeau, son collet, son manteau, son pourpoint, ses « chausses, ses bottines, tout cela faisait nargue à la mode et le « procès à la vanité. Il avait dans le visage l'air de Cicéron et dans « l'esprit le caractère de Rabelais. Sa grande mémoire lui fournis- « sait toujours de quoi parler, et il parlait beaucoup. Il était hardi, « téméraire, inconsidéré, mais simple et naïf dans ses expressions, « sa bibliothèque était nombreuse. Il avait promis plusieurs « ouvrages au public, entr'autre une histoire des médecins célè- « bres ; mais il n'a pas exécuté cette promesse ».

En attendant, M. Larrieu a écrit une bonne thèse, son héros l'a quelque peu passionné. Il a eu la bonne fortune de rencontrer à la Bibliothèque nationale soixante-deux lettres inédites de Patin et de trouver chez un savant professeur de l'École des Chartes, un manuscrit de Gui Patin contenant avec un résumé en latin, des registres commentaires de la Faculté, d'autres lettres inédites de ce médecin. Il a puisé ainsi aux meilleures sources, ne se contentant pas des imprimés connus, mais recherchant dans les vieilles archives de Paris et de la province, tout ce qui pouvait concerner la famille Patin. M. Larrieu, n'a eu que l'embarras du choix, aussi forcé par le temps, d'écourter son travail puisqu'il s'agissait d'une dissertation inaugurale, à livrer dans un temps donné, se propose-t-il d'utiliser plus tard les matériaux qu'il a conservés, pour nous

la première fois. Nous la trouvons dans un état typhoïde des plus prononcées. La langue est sèche, grillée; la malade délire, a des mouvements ataxiques. La température est à 40,9, le pouls à 140. Après une injection intra-utérine de 4 litres d'eau phéniquée, la température descend à 40,2, mais, après notre départ, le délire et l'agitation se reproduisent plus fort que jamais, et la mort survient le lendemain matin, sans que nous ayons revu la malade.

A ce moment nous faisons appeler la sage-femme, et lui recommandons les soins de propreté les plus minutieux (lavage des mains à l'eau de savon, puis à l'eau phéniquée ou au sublimé, nettoyage minutieux des ongles avec une brosse neuve).

La sage-femme nous avoue que, sans avoir pris ces précautions, elle a accouché, la veille, la femme du brigadier de gendarmerie de Thoirette.

Cette dernière en effet, accouchait le 31 mars, à 8 heures du soir, mais, dès le lendemain, elle était prise d'un frisson violent avec céphalalgie, douleurs et ballonnement du ventre, diarrhée.

Un délire bruyant, un véritable accès maniaque se déclare. Les injections intra-utérines restent sans résultat, et pour calmer la malade il faut recourir aux bains froids (de 20° à 25° toutes les 3 heures). La guérison s'opère lentement.

Pendant que la femme du brigadier était en traitement, la sage-femme est appelée au premier de la caserne et accouche le 12 avril, à 8 heures du soir, la femme d'un gendarme, Mme Ben...

Cette fois, la sage-femme assurait avoir pris toutes les précautions antiseptiques. Les mains, les ongles avaient été savonnés et brossés avec le plus grand soin, puis passés dans une solution de sublimé de 1,50 0/00.

Le lendemain Mme Ben... est bien; 12 heures après l'accouchement, elle a 37,8 de température; mais 30 heures après, elle a le frisson, le mal de tête et les douleurs de ventre de toutes les autres accouchées. On nous appelle le 14; malgré les alcooliques, les injections intra-utérines, les bains froids, la malade succombe le 19 avril, c'est-à-dire 5 jours plus tard.

La sage-femme est au désespoir. Nous lui conseillons de prendre pour les accouchements ultérieurs plus de précautions encore de changer de linge, de vêtements et surtout d'observer une propreté minutieuse des ongles (1).

Pendant que nous lui faisions ces recommandations, elle nous conduit chez elle pour voir son père malade. La mère atteinte d'érysipèle est guérie, mais le père souffre d'un anthrax de la cuisse gauche depuis le commencement d'avril.

N'est-ce pas là une réunion d'affections bien sujette à réflexions?

La mère atteinte d'érysipèle, le père d'un anthrax, et la fille allant promener la septicémie puerpérale auprès des femmes qu'elle accouche.

Nous n'ignorons pas que l'anthrax est attribué à l'action d'un micro-organisme différent de ceux de la septicémie puerpérale et de l'érysipèle, ces derniers paraissant plutôt être produits par les streptocoques, tandis que l'anthrax, en même temps que l'ostéomyélite, le furoncle, le panaris, le phlegmon circonscrit serait sous la dépendance des staphylocoques.

Mais, ici, nous ne faisons pas de bactériologie, et le cas de ce malade porteur d'un anthrax, et cela pour la première fois de sa vie, alors que sa femme a un érysipèle et que sa fille propage la septicémie puerpérale, ce cas nous semble digne d'attention.

L'anthrax ne pourrait-il en certaines circonstances être produit par des streptocoques? Rosenbach a démontré que, dans le pus de l'ostéomyélite, outre le staphylocoque doré et blanc, il existait des streptocoques, ces derniers doués de propriétés particulièrement malignes. Ces micro-organismes se rencontrent donc simultanément.

L'anthrax dont souffrait le père de la sage-femme ne présentait pas de gravité exceptionnelle. Etait-il dû à des staphylocoques ou à des streptocoques?

Le manque d'examen microscopique ne permet pas de résoudre la question.

Traitement. — Nous ne cherchons pas à insister sur l'efficacité indiscutable des injections intra-utérines. Depuis le travail de notre distingué confrère de Lyon, J. Rendu, paru en 1879, le procès est gagné. En novembre 1888, nous adressions à la Société de médecine de Toulouse, un mémoire sur l'action des injections intra-utérines antiseptiques et leur influence sur la température. A l'appui de ce mémoire que la Société,

(1) Ces précautions ont sans doute été prises, car la sage-femme, depuis ce jour, a pratiqué plusieurs accouchements lesquels n'ont pas été suivis d'accidents?

---

donner une histoire bien complète du célèbre ennemi de Renaudot. Je lui signale à cette occasion les catalogues de vente d'autographes, et les recueils spéciaux consacrés à cette partie de l'érudition.

Il s'est borné pour aujourd'hui, dit-il, « à exposer simplement et « en suivant l'ordre chronologique les faits les plus saillants de « la vie de Gui Patin, en s'efforçant d'élucider un certain nombre « de points qui jusqu'à ce jour sont restés dans l'ombre ». J'estime qu'il a réussi, mais je le trouve un peu sévère pour Renaudot. Je compte revenir sur cette très bonne thèse.

II. Un bibliophile, M. Paul de Cauville, vient de faire imprimer l'édition de La Haye de 1743, de l'École de Saverne, due à Bruzen de la Martinière. Il a voulu pouvoir offrir à ses amis, dit-il, ce petit livre si utile pour

Se garantir de toute infirmité
Et vivre en parfaite santé.

La traduction de Bruzen de la Martinière ne manque pas d'élégance. Ce n'est pas la plus complète des traductions de l'école de Salerne, mais c'est à coup sûr l'une des plus fines. Pourquoi M. P. de Cauville n'a-t-il pas choisi celle de 1777, du même auteur, suivie du *Traité de la beauté des dames*? Mais je n'ai pas le droit de me montrer exigeant: c'est un vrai cadeau de bibliophile que je viens de recevoir, un joli petit livre imprimé par Crété de Larbre en caractères elzéviriens, sur beau papier vergé, et je commets sans doute une indiscrétion, en exprimant publiquement mes remerciements, puisque le livre ne paraît pas destiné à être vendu.

III. Jules Rousset était un honnête avoué de l'Ardèche, un collectionneur enthousiaste de tout ce qui concernait le Vivarais. Jean Tardin qui doit seul nous occuper, est un médecin de Tournon, de la même province, qui vivait au commencement du XVIIe siècle et auquel les grandes biographies médicales ont à peine conservé quelques lignes. Il était agrégé au collège de médecine de Grenoble, où il mourut vers 1632 et sa veuve est qualifiée « veuve de Jean Tardin, médecin du Roy ». M. A. Mazon essaie de faire revivre un de ses compatriotes et j'ai tout lieu de croire qu'il nous donnera bientôt une notice plus complète sur Jean Tardin, esprit original, un peu crédule, imbu des idées de son temps, mais chercheur à sa manière. M. A. Mazon donne une analyse intéres-

avec d'autres manuscrits moins importants, a bien voulu récompenser d'un rappel de médaille d'or, nous citions un certain nombre d'observations. Dans tous les cas, hors deux, les injections avaient été pratiquées. Les femmes avaient guéri. Deux fois, pour une raison ou une autre, il nous avait fallu renoncer aux injections. Les femmes étaient mortes.

Nous pratiquions généralement les injections à l'aide de la sonde de Reverdin et nsions de l'eau phéniquée; nous ne nous sommes pas servi du sublimé, crainte d'accidents (1).

Notre pratique personnelle nous permet d'affirmer que chaque fois que la septicémie puerpérale n'est pas épidémique, qu'elle ne s'attaque qu'à des cas isolés, par les injections intra-utérines répétées 3 à 4 fois par jour, par les toniques, on a de grandes chances de sauver la femme. Dans ces cas isolés, il s'agit en effet, le plus souvent, de débris placentaires et membraneux, de caillots sanguins, altérés, retenus dans la cavité utérine, et le lavage intra-utérin, en faisant disparaître ces causes d'infection, guérit la femme rapidement.

Le cas n'est pas le même quand il s'agit de septicémie puerpérale épidémique, de ces faits malheureux où une sage-femme contamine toutes les femmes qu'elle accouche. La matrice en ce cas, peut être libre de tout corps étranger : l'infection n'est pas produite par la décomposition de tissus organiques provenant de la femme, c'est une infection venant de l'extérieur transportée par les mains de la sage-femme.

Le traitement dans ces cas, ne serait pas absolument identique.

Dans le premier cas (rétention de débris membraneux, etc.) la cause de l'infection étant locale, un traitement local, comme les injections intra-utérines en dehors de toute autre médication, peut suffire à la guérison. Les malades présentent bien des symptômes généraux plus ou moins graves, mais ces symptômes cèdent rapidement à la sortie de la cavité utérine des tissus organiques qui s'y décomposaient.

Dans le second cas, au contraire, il y a développement dans la cavité utérine de micro-organismes spéciaux, de streptocoques apportés par les ongles de la sage-femme. Ces streptocoques passent dans le sang et déterminent un empoisonnement bien plus sérieux que dans les cas précédents. Comme c'est dans la matrice que ces streptocoques ont établi leur centre de pullulation, l'indication des lavages intra-utérins reste nettement établie; mais l'intoxication est si rapide, qu'elle-même demande à être combattue vivement. Les boissons abondantes (lait, bouillon, eau vineuse), en fournissant un dissolvant aux principes toxiques (1) (ptomaïnes, leucomaïnes, matières extractives) assurent l'élimination des déchets organiques.

Les alcooliques, le thé, les petites doses de sulfate de quinine, 70 à 80 centigr. en 24 heures (les hautes doses de quinine retardent les oxydations et par suite la solubilisation des principes toxiques) (2), agissent comme toniques et permettent à l'organisme de lutter avec avantage contre l'envahissement du principe infectieux.

Mais, dans les cas graves, tous ces moyens restent sans action.

C'est alors que l'on peut avoir recours aux bains froids.

Ces derniers n'agissent pas par la diminution de calorique qu'ils entraînent. Abaisser la température d'une maladie ne veut pas dire qu'on la guérit, et l'engouement de l'école de Wunderlich pour les médicaments antipyrétiques a peut-être fait autant de mal aux patients que les doctrines absolues de Broussais.

Les bains froids agissent en régularisant les échanges nutritifs, en rétablissant la fonction qu'a le foie de détruire beaucoup de poisons (Bouchard) (3) et en activant les oxydations. Ces dernières facilitent la solubilité des principes toxiques, et par conséquent leur élimination (Gautier (4), A. Robin) (5).

Prenons notre malade III.

Injections intra-utérines, toniques, boissons abondantes, tout est inutile.

Le système nerveux est envahi par l'agent infectieux et traduit son trouble par de l'incohérence, de la loquacité, des injures proférées dans le délire.

Nous ordonnons un bain froid de 25 degrés pendant dix minutes.

(1) Que doit-on penser des accidents occasionnés par le sublimé dans les suites de couches, par E. Blanc. — *Lyon médical*, 5 août 1888.

(1) Clinique et thérap. médicales, par Alb. Robin. Masson, 1887, p. 126.
(2) *Loc. cit.*, p. 83.
(3) Thérapeutique des maladies infectieuses, par Bouchard. Savy, 1889, p. 316.
(4) Sur les alcaloïdes dérivés de la destruct. Bactér. ou phys. des tissus par Gautier. Masson, 1886, p. 59.
(5) *Loc. cit.*, p. 116 et 117.

---

sante de la *disquisitio physiologica de pilis*, ouvrage curieux de Jean Tardin, imprimé en 1609, et devenu rare. Le même avait publié en 1618, une *Histoire naturelle de la fontaine* qui brûle près de *Grenoble* et une autre *Disquisitio medica de eâ quæ undecimo mense peperit*, imprimée en 1640, après la mort de l'auteur, si la date de son décès, 1632, indiquée par M. Mazon, est bien exacte. Cette dissertation sur une naissance tardive, réimprimée en 1765, a été quelquefois citée lors de la fameuse consultation de Bouvard. Mais l'ouvrage sur les poils est plus connu et avant que l'on ait écrit que :

Du côté de la barbe est la toute-puissance

Jean Tardin rimait dans une dédicace au comte de Roussillon :

C'est la barbe qui rend l'homme plus vénérable.
Qui lui donne un maintien grave et majestueux ;
Aussi c'est lorsqu'il prend cet habit honorable
Quand l'age et la raison rend plus vertueux !

IV. L'*histoire de l'université d'Aix*, en Provence, de M. le Dr Chavernac, viendra combler une des lacunes que je signalais récemment, de l'histoire de la médecine en France, quand l'auteur nous aura donné celle de la situation et de l'enseignement de la médecine à Aix, dans les premiers siècles et au Moyen âge. Le fascicule qu'il nous envoie, étant indiqué : *premier*, est consacré à l'Université d'Aix en général. M. Chavernac pense que la médecine était enseignée dans cette ville en 1296. J'attends avec impatience, son second fascicule. Notre confrère est un chercheur, il connaît fort bien les archives locales, et sait accumuler les matériaux. Il y a dans son livre, des pages fort intéressantes sur les us et coutumes des anciennes universités provençales.

Dr A. DUREAU.

Immédiatement le calme renait.

Mais ce mieux ne nous satisfait pas. Imitant la conduite de Brand (1) qui, dans la fièvre typhoïde, donne un bain de 20° et de 15 minutes de durée, toutes les fois que la température rectale relevée régulièrement toutes les trois heures, jour et nuit, atteindra ou dépassera 39° nous donnons un bain de 25° de 10 minutes de durée, chaque fois que ce dernier chiffre thermique sera atteint.

La famille constatant l'effet presque miraculeux du premier bain consent à donner les autres et 15 bains sont ainsi successivement administrés. Autant la répulsion était grande pour le premier bain, autant la tendance à en multiplier le nombre se faisait sentir les jours suivants. La malade fut même mise dans un bain quand elle n'avait que 38.7 de température, et elle eut une bronchite légère, sans gravité aucune, du reste.

Chez notre malade IV, les bains n'ont pas un tel résultat. La femme succombe.

Et néanmoins l'effet immédiat de ces bains est favorable. Non pas que la température baisse fortement, elle tombe d'environ 1/2 degré chaque fois, mais la malade se sent mieux et est moins faible.

Environ 14 bains sont donnés à cette seconde malade qui succombe le huitième jour à des accidents de péritonite.

Ce n'est pas là un des faits les moins curieux de cette petite épidémie que nous relatons : en présence d'une cause d'infection identique, la multiplicité de formes que revêt cette infection.

Ainsi notre première malade, après des symptômes généraux relativement peu graves, est atteinte de pelvi-péritonite suppurée. Elle guérit.

Chez la seconde malade, l'infection est plus grave et survient plus vite, comme si en se cultivant dans l'utérus de la première, le streptocoque eût été doué de propriétés plus malignes. Les symptômes généraux prédominent, et la malade non traitée succombe à une septicémie à forme typhoïde.

Cette septicémie se reproduit chez les deux malades qui suivent : mais tandis qu'elle reste à l'état isolé, sans complications péritonéales chez la malade III, elle se rencontre avec une péritonite chez la malade IV. Cette dernière succombe quand l'autre arrive à guérir.

Il est un autre point qui nécessite quelques explications.

Nous avons dit que nous ne croyions pas que les bains agissaient en abaissant la température. Nous avons publié des exemples de septicémie puerpérale, où avec des températures élevées, les malades guérissaient, grâce aux injections intra-utérines antiseptiques, et sans le secours de bains. Si ce n'est pas l'élévation thermique qui constitue le danger pourquoi alors nous baser sur cette élévation, dans les cas où nous croyons devoir donner des bains?

Il serait certes préférable de déduire les indications des bains froids de l'état de la sécrétion urinaire et de la quantité des principes toxiques éliminés. Mais c'est là, en pratique, une chose impossible et nous sommes bien obligés d'accorder à la température une indication thérapeutique puisqu'elle nous rend compte, en partie, de l'état d'infection du sujet.

En plus, les symptômes nerveux, les accidents d'intoxication générale nous guident singulièrement. Une malade calme, avec 39 1/2 et même 40 de température n'a pas besoin de bains froids. Le délire, l'agitation, l'ataxie, et peut-être une diarrhée abondante (2) sont des indications formelles.

Or, comme nous n'ordonnons de bains froids que lorsque ces symptômes se sont manifestés, que ces symptômes une fois constatés ont de la tendance à se reproduire et à s'aggraver chaque fois que la température dépasse 39, on voit qu'en choisissant ce degré thermique comme indication de bain, nous tenons compte d'autres indications encore.

Notre manière d'agir pourrait donc être résumée de la façon suivante :

Au cours d'une septicémie puerpérale, on peut recourir aux bains de 20 à 25 degrés, pendant dix minutes, lorsque des phénomènes d'intoxication grave éclatent. Ces bains seront continués de 3 heures en 3 heures, chaque fois que la température dépassera 39 degrés.

Prophylaxie. — En présence de sages-femmes inhabituées aux soins de propreté minutieux réclamés par l'antisepsie, le rôle du médecin est bien difficile. Les accidents de septicémie puerpérale étant d'ordinaire rares à la campagne, une sage-femme s'astreindra à quelques précautions quand une ou deux de ses accouchées seront malades. Puis elle fera d'autres accouchements sans accidents et considérera peu à peu, comme inutiles, les soins de propreté auxquels elle s'était soumise tout d'abord.

Pour notre part, nous assistons ainsi de la part de nos sages-femmes, à des précautions transitoires, prises un jour et oubliées le lendemain.

Cela est triste. Ainsi, pendant que nous soignions nos malades qui font le sujet de cette communication, on nous appelle pour un accouchement à Oyonnax.

Devant la sage-femme, bien minutieusement, nous nous lavons les mains à l'eau de savon, puis au sublimé, en nous brossant les ongles avec soin. A la femme nous donnons une injection vaginale d'eau phéniquée. Nous expliquons à la sage-femme, avec force détails la raison d'être de ces soins de propreté. La sage-femme fait semblant de comprendre. Deux jours après, elle fait un accouchement à Oyonnax. Elle ne se lave pas les mains, laisse venir à son accouchée des lochies tellement fétides que personne n'ose pénétrer dans la chambre. L'accouchée a un frisson, des maux de tête, un ventre qui se ballonne, une fièvre intense. Cet état dure plusieurs jours. La sage-femme assure que la fétidité des lochies est un signe excellent. Il faut la ferme volonté de la famille pour nous faire chercher et nous nous trouvons en face d'une septicémie puerpérale, due à la rétention de quelques débris membraneux et nécessitant onze lavages intra-utérins en 6 jours, pour arriver à guérison.

De tout ce que nous avions dit à la sage-femme quelques jours auparavant, elle n'avait rien retenu.

Il nous semble là qu'il existe une lacune que pourrait peut-être combler l'envoi, à toutes les sages-femmes de France, d'une circulaire administrative.

Cette circulaire très courte, apprendrait officiellement aux sages-femmes qu'elles font, à leurs accouchées, courir un danger permanent en ne pas se lavant les mains et en ne pas tenant leurs ongles propres. On insisterait sur la raison d'être de l'antisepsie vaginale et si le manque d'instruments ne permet pas de l'exécuter, les sages-femmes pourront au moins se dire, dans les cas où leurs accouchées tomberont malades, que ce ne sont pas elles qui les ont infectées.

Les sages-femmes, souvent, soignent les malades de cam-

(1) La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par Tripier et Bouveret. 1886, p. 512.

(2) D'après notre expérience personnelle, la diarrhée est beaucoup moins grave que les accidents nerveux. Nous avons vu, dans des cas de septicémie puerpérale, des diarrhées abondantes guéries rapidement après les injections intra-utérines, et cela sans le secours d'aucun médicament.

pagnes. On les appelle avant le médecin, auprès d'un érysipèle et d'un phlegmon diffus.

Il faut qu'elles sachent absolument dans ces cas, à quels dangers plus grands elles exposent les malheureuses qui auront recours à leur mains.

Il est bien évident que la connaissance des besoins antiseptiques a fortement augmenté la responsabilité des sages-femmes.

Mais de ce qu'avec les progrès de la science, cette responsabilité est plus grande, cela ne constitue pas une raison pour que quelqu'un se croie en droit de s'y soustraire.

Dans l'espace d'un an et demi, nous avons eu à traiter 22 septicémies puerpérales; 4 femmes en y comprenant les 2 de Thoirette ont succombé.

Nous sommes convaincu que, sans l'usage constant des injections intra-utérines antiseptiques, la mortalité eût été beaucoup plus forte.

Lorsque vis-à-vis de maladies moins graves que la septicémie puerpérale, l'administration prend des mesures prophylactiques, plus ou moins efficaces, ne devrait-elle pas s'occuper un peu de ces accidents suite de couches que l'on arrive à éviter si facilement?

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE

ESSAI SUR LA SALIVE HUMAINE ET SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DU SULFOCYANATE DE POTASSIUM, par le Dr L. FLORAIN, d'Orléans.

Au mois de novembre 1888, M. Chouppe faisait connaître les résultats de ses recherches sur l'influence de la salive humaine sur la vie et sur la germination des plantes. Cet expérimentateur a constaté que les plantes arrosées exclusivement avec de la salive, commençaient à dépérir dès que la terre en était saturée, et qu'elles mouraient bientôt après.

Pour ce qui est de la germination, deux cas se sont produits; d'une part certaines graines ne pouvaient germer dans de la terre arrosée de salive, d'autre part, une autre variété de graines, et particulièrement des céréales, se développaient tout aussi bien, si non mieux, que dans le vase témoin. Mais quel que soit le développement acquis par la plante, elle dépérissait et mourait très rapidement si on continuait à l'arroser avec de la salive. (Revue scientifique rose, n° 21, 24 novembre 1888, p. 684.) Frappé du résultat de ces recherches, j'ai repris les expériences de M. Chouppe et j'en ai fait un certain nombre d'autres qui m'ont permis, je crois, de découvrir une des causes de l'action toxique de la salive humaine sur les végétaux.

On sait, en effet, depuis les travaux de Tréviranus, confirmés par les recherches de Louget, Œhl Sertoli et Schiff et les miennes publiées en juillet 1884, dans la *Gazette médicale de Paris*, que le sulfocyanure de potassium qui n'existe pas dans la salive de certains animaux, se rencontre normalement dans celle de l'homme.

Dans des cas pathologiques, et particulièrement dans la cirrhose hépatique et dans l'ictère, il semble disparaître complètement, mais je l'ai toujours trouvé chez l'homme sain dans la proportion de 0,07 à 0,10 p. 1000, comme l'indiquent les analyses de Frerichs, Lehmann et Jacubowitsch.

Pour certains auteurs (Littré et Ch. Robin, dict. de Nysten art. Sulfocyanure, p. 1526, éd. 1878), c'est un toxique violent: pour d'autres (Wœhler et Frérichs, dict. de Wurtz, acide sulfocyanique, T. III, S à Z, p. 106), il n'est point vénéneux et sa saveur fraîche et piquante rappelle celle du raifort.

Dans tous les cas, sa présence constante dans la salive, devait communiquer à ce liquide des propriétés spéciales et comme semblent le prouver les expériences suivantes, c'est à ce sel que la salive devrait son pouvoir toxique sur les plantes.

Expérience I. — Deux pieds de primevères en pleine floraison sont arrosées tous les deux jours, l'un avec de la salive, l'autre avec une solution de sulfocyanate de potassium à 0,10 cg. p. 1000, proportion sensiblement égale à la quantité de ce sel qui est renfermée dans la salive. Au bout de huit jours, les fleurs sont flétries, mais la plante ne semble pas souffrir, la semaine suivante elle s'étiole, les feuilles noircissent et sèchent et les deux pieds ne tardent pas à mourir, tandis qu'un troisième pied qui a servi de témoin est en parfait état de conservation. Ce dernier, arrosé avec une solution à 10 gr. p. 1000, meurt au bout de trois jours après avoir absorbé environ 2 gr. de sulfocyanure.

Les feuilles et les tiges soigneusement lavées à l'eau distillée froide et traitées ensuite par de l'eau distillée bouillante, donnent un liquide qui prend la teinte rouge sang avec quelques gouttes de perchlorure de fer et persiste après l'addition d'acide chlorhydrique, ce qui caractérise la présence du sulfocyanate de potassium.

Des résultats analogues ont été obtenus en arrosant des plantes différentes, ray-gras, violettes, etc., avec de l'eau renfermant 2 gr. à 2 gr. 50 de sulfocyanate.

Expérience II. — Dans le verre n° 1, j'ai mis des graines de cresson alénois à germer sur une éponge imprégnée d'eau distillée, dans le verre n° 2, l'éponge était imprégnée de salive.

Quelques jours après, la germination était complète dans les deux verres, les tigelles développées sur la salive étaient plus hautes mais plus grêles que sur l'eau, mais en continuant à imprégner l'éponge de salive la plante flétrit et meurt dès que la quantité de sulfocyanure est suffisante pour que sa présence puisse être constatée dans les tigelles et dans les feuilles. En arrosant les graines germées sur l'eau avec une solution de sel renfermant les mêmes proportions de sulfocyanate que la salive, on arrive au même résultat. Ce corps est donc toxique pour les végétaux et c'est à sa présence dans la salive qu'est due l'action nocive constatée par M. Chouppe.

L'expérience suivante me paraît ne laisser aucun doute à ce sujet.

Deux cent cinquante grammes de salive sont évaporés à siccité à 100°, de façon à détruire complètement le ferment salivaire, le résidu traité par de l'eau tiède et filtré, est réduit à 50 gr., de façon à contenir tout le sulfocyanure. Des graines de cresson alénois déposées sur une éponge imprégnée de ce liquide ne germent point, une tige de laurier rose (qui a la propriété de développer des radicelles dans l'eau) y meurt en peu de temps et on retrouve le sulfocyanate aussi bien dans la tige de laurier que dans quelques tigelles avortées de cresson, qui au bout de quinze jours se sont développées sur les parties de l'éponge qui n'étaient pas suffisamment imprégnées de liquide. C'est donc bien l'absorption du sulfocyanate qui a déterminé la mort de la tige de laurier et empêché la germination du cresson, puisque dans tous les cas le perchlorure de fer décèle sa présence.

Ce pouvoir toxique n'est point particulier au sulfocyanate de potassium, tous les sels à acide sulfocyanique le possèdent quoiqu'à un moindre degré. Il faut 3 gr. de sulfocyanate d'am-

monium pour détruire une plante robuste. Ce fait mérite d'être connu des agriculteurs pour leur faire rejeter l'emploi des engrais azotés préparés avec des matières renfermant du sulfocyanate d'ammonium.

Dans les expériences suivantes, j'ai cherché si le sulfocyanate de potassium exerçait la même action sur les végétaux d'organisation inférieure et sur les microbes.

Si on laisse exposé à l'air, dans deux verres, du vin et qu'on verse dans l'un des verres quelques centimètres cubes d'une solution de sulfocyanure à 10 gr. p. 1000, on voit qu'au bout d'un mois le vin pur est recouvert de moisissures, tandis que celui qui a été additionné de sulfocyanure ne paraît avoir subi aucune modification.

J'ai fait la même expérience avec des bouillons de culture renfermant de 0 gr. 01 c. à 25 c. de sulfocyanure, dans tous les cas où il y a eu production de moisissures, le développement était retardé par la présence du sel, et comme l'avait remarqué M. Chouppe pour les graines, certains ferments résistaient mieux que d'autres à l'action du poison.

Dans des solutions sucrées, ensemencées avec de l'eau de terre et placées dans les mêmes conditions, le développement des micro-organismes ne semble pas modifié par l'action du sulfocyanure, il en est de même pour la levure qui est paralysée avec quelques centimètres cubes de sel, mais qui ne perd complètement la propriété d'intervertir le sucre que lorsque l'on ajoute 25 p. 100 de sulfocyanure à la liqueur.

Ces recherches ne sont point suffisantes pour déterminer l'action de ce corps sur les microbes végétaux, s'il est toxique en général, il peut se présenter que certains ferments soient réfractaires surtout lorsqu'ils sont à l'état de développement. C'est ainsi que la levure de bière résiste à l'action de l'acide arsénieux, et le microbe de la fermentation acétique à l'acide borique à 5 p. 100.

Quoiqu'il en soit, le sulfocyanure de potassium est un poison pour les végétaux, cette propriété explique sa présence dans le liquide salivaire. A une dose aussi faible, il ne peut détruire tous les microbes qui pénètrent dans la cavité buccale, mais il est capable d'en arrêter le développement, et son action sur certains d'entre eux peut être plus complète.

Que devient-il dans les maladies inflammatoires de la bouche avec développement de fausses membranes? Jusqu'ici il m'a été impossible de faire des recherches sur ce point, tout ce que je sais c'est que dans l'ictère catarrhal avec troubles dyspeptiques il disparaît. Après avoir étudié son action sur les plantes, j'ai expérimenté sur les animaux et j'ai acquis la certitude que le sulfocyanure, à part sa causticité, n'est toxique qu'à doses très élevées.

Le 4 mai, j'ai injecté un centigramme de sulfocyanure de potassium à un lapin pesant 1.200 grammes, le 5, 20 centigr. et le 7, 30 centigr., jusqu'à cette dose, je n'ai rien constaté d'anormal dans l'état de l'animal en expérience, à partir de 30 centigr. le sel passe dans l'urine où il est facilement reconnaissable par le perchlorure de fer.

Le 9 mai, injection de 0 gramme 50 centigr. toujours rien; le 12, 0 gr. 60 centigr. ; à cette dose, il se produit un peu de diarrhée, l'animal semble fatigué, mais il se remet très bien, le 13, injection de un gramme, l'animal est pris de diarrhée violente, il ne mange plus, et le lendemain 14, il meurt. Une heure après, je le trouve dans un état de rigidité absolue, l'autopsie faite immédiatement me révèle les faits suivants : La vessie est énorme, distendue par une urine claire, les reins sont ramollis et plus gros qu'à l'état normal, les muqueuses stomacale et intestinale ne présentent rien de particulier.

An niveau des injections les tissus sont sphacélés, ce qui s'explique par la causticité de la solution, car opérant avec la seringue de Pravaz de un gramme, j'employais des solutions à 10 et 20 p. 100, et j'ai remarqué que ces liquides, répandus sur une plaie, déterminaient une douleur aussi vive que celle produite par l'application d'alcool pur ou d'une solution de potasse.

En même temps que j'expérimentais sur le lapin, j'ai fait prendre à un chien de Terre-Neuve de taille moyenne, d'abord deux grammes, puis ensuite 4 grammes de sulfocyanure. La première dose a été très bien tolérée, à la seconde, administrée peu de temps après le repas, il est survenu des vomissements alimentaires, mais l'état général est resté bon et le lendemain, l'animal était parfaitement remis.

Enfin, j'ai pu absorber 10 centigrammes de sulfocyanure peu de temps après avoir mangé et je n'ai ressenti que de légères nausées, que j'attribue plutôt à la saveur désagréable de ce sel, qu'à une action toxique cette saveur ne ressemble en rien à celle du raifort comme l'a avancé Wœhler.

Le lendemain j'ai pris à jeun, 0 gr. 20 centigr. de sulfocyanure, et malgré une observation attentive, je n'ai observé qu'un peu de lourdeur de tête et des douleurs très supportables dans la région rénale.

Chez l'homme, le sulfocyanure n'apparaît point dans l'urine à 10 centigr. ; à la dose de 20 centigr. on en trouve seulement de légères traces.

Je n'ai point rencontré dans la littérature médicale l'indication de l'emploi de ce corps en thérapeutique, considéré à l'égal des cyanures comme un poison redoutable, il n'a, que je sache, jamais été administré.

Quoique tous les corps, composant les liquides de l'organisme, soient loin d'être doués de propriétés utiles et bienfaisantes, il est permis de supposer que le sulfocyanure de potassium ne joue pas simplement le rôle de déchet dans la salive.

La résorption continuelle de ce liquide en amènerait bientôt une quantité trop considérable dans l'organisme, aussi, malgré l'obscurité qui règne encore sur ses fonctions physiologiques, son action sur les végétaux, permet de le considérer comme une première barrière opposée aux microbes. Dans tous les cas, il y aurait peut-être avantage à rechercher ce qu'il devient dans les maladies, telles que la diphtérie, etc., intéressant les premières voies des muqueuses digestive et respiratoire et profit à l'employer dans leur traitement.

REVUE GENERALE

DES MANIFESTATIONS INFECTIEUSES EXTRAPULMONAIRES DE LA PNEUMONIE. CONTAGIOSITÉ DE LA PNEUMONIE.

Par le Dr Henry BARBIER.

(Suite et fin.) (1).

II

Nous venons de voir en suivant pas à pas le travail de M. Netter, qu'il existe une manifestation méningée de l'infection pneumonique. Une question surgit d'elle-même ici. Quel est le lien qui réunit la lésion du poumon à la lésion méningée, et de quelle façon l'une procède-t-elle de l'autre. Je laisse de côté en ce moment les infections secondaires qui peuvent se faire par le poumon suppuré, et donner lien comme dans un

(1) Voir les numéros des 1er, 17, 22 et 29 juin 1889.

cas de M. Lancereaux, à une méningite à streptocoques pyogènes. Ceci est un autre aspect de la question. Mais en d'autres termes, le pneumocoque est-il, comme dans la pneumonie, comme dans la pleurésie, comme dans l'endocardite, le microbe pathogène de la méningite pneumonique?

Klebs et Eberth, ce dernier surtout avaient déjà entrevu la solution du problème. *Friedlander* décrivit ses microorganismes sur des coupes du cerveau, les cultiva, et par inoculation donna des pneumonies aux animaux en expérience. Depuis de nombreux observateurs purent retrouver dans l'exsudat méningé les microcoques ovoïdes lancéolés, groupés par paire, et entourés de la capsule caractéristique. *M. Netter* a fait de son côté cinq fois cette constatation.

Mais les caractères morphologiques d'un microorganisme ne suffisent pas pour le caractériser au point de vue pathogène. *Frænkel* avait essayé sans succès de déterminer une méningite en injectant des pneumocoques sous les méninges. *Foa* et Bordone-Uffredozzi (cités par Netter) auraient été plus heureux. Ceux-ci avaient pris leurs pneumocoques dans l'exsudat méningé. Avec des cultures de pneumocoques provenant du suc pneumonique ou du sang, *Netter* a obtenu des méningites pneumococciques après injection à des lapins dans la cavité cranienne, dans le canal rachidien dans la région bulbaire.

Après les recherches de Frœnkel de Friedlander, nous savons que le pneumocoque peut se rencontrer seul dans les exsudats méningés, nous savons d'autre part après les expériences de *Frænkel, Foa, Bordore-Uffredozzi* et *Netter*, que le pneumocoque injecté dans les méninges peut déterminer de la méningite. Nous avons donc là les éléments suffisants et fondamentaux pour résoudre le problème qu'on était en droit de se poser : à savoir si la méningite était bien une manifestation de l'infection pneumococcique. « Nous sommes en droit, dit Netter, de considérer le pneumocoque comme l'agent essentiel de la méningite pneumonique.

Mais comment se fait cette localisation de la maladie. Par le sang du malade qui transporte l'agent infectieux. M. Netter l'y a retrouvé dans deux cas de méningite, et on savait d'ailleurs depuis les recherches de *Friedlander*, de *Talamon* et de *Netter* que le sang renfermait le microorganisme.

Mais la présence du pneumocoque dans les vaisseaux cérébraux n'est pas suffisante, il faut créer l'opportunité morbide. M. Netter l'a fait sur un lapin par une cautérisation du cerveau mis à nu par trépanation : chez l'homme l'état pathologique du cerveau servira de point d'appel à la lésion : hémorrhagies anciennes, ramollissement, tumeur, préoccupations, chagrins, etc., alcoolisme, enfin toutes les causes qui rendent la maladie pneumonie infectante, permettent au microbe de passer dans le sang et de se disséminer dans l'organisme : épidermies, état convalescent et faible du malade au moment où la pneumonie se montre.

En résumé: pneumonie, passage dans le sang par une des causes précitées du pneumocoque puisé dans le poumon, localisation méningée par la suite, telle est la marche habituelle de la maladie. Mais elle ne répond pas à tous les cas. Nous avons vu que des méningites à pneumocoques pouvaient exister en même temps que la pneumonie ou même la précéder. La théorie est en défaut. D'où vient, dans ces cas, le pneumocoque qui n'a pu être puisé dans le poumon?

Or dans l'infection pneumonique, le pneumocoque peut être révélé dans des régions voisines de la cavité cranienne. *M. Cornil* en 1886 l'avait retrouvé dans les amygdalites fréquentes qui signalèrent l'épidémie de pneumonie de cette année. *M. Netter* 4 fois sur 7 a pu refaire cette constation. Bien plus, dans un cas, il a vu la cavité des fosses nasales recouverte d'une nappe ressemblant à un crachat pneumonique, et où il a pu déceler facilement la présence du pneumocoque : chez le même sujet, les sinus sphénoïdaux renfermaient un liquide visqueux contenant lui aussi des pneumocoques. *Weichselbaum* (1) a fait la même constatation dans les sinus des os du crâne dans deux cas de pneumonie avec meningite.

Dans un autre cas, M. Netter a pu faire une constatation aussi très importante. Chez un malade atteint de pneumonie gauche arrivée à l'hépatisation grise, il a pu constater dans « la caisse du tympan droit et dans le labyrinthe, la présence « d'un liquide légèrement jaunâtre, visqueux, renfermant une « grande quantité de pneumocoques. » Le tympan n'était pas perforé. Dans une autre autopsie, c'est dans le vestibule qu'il a pu faire cette constatation alors qu'il n'y avait pas de trace d'inflammation.

La coexistence de *l'otite* et de la pneumonie était connue, en 1863 Streckeisen à Bâle, montrait 3 pièces d'otite survenues dans la pneumonie, à *Steiner* qui en 5 ans relevait chez les enfants 16 cas d'otite avec perforation de la caisse. Six fois l'otite était double.

Mais si l'otite était connue, la constatation faite par M. Netter du pneumocoque dans l'exsudat de ces otites les rattachait dès lors étroitement à l'infection pneumonique. Et pour expliquer la migration des microbes, la trompe d'Eustache semblait être le chemin tout indiqué. En effet, la bilatéralité souvent notée des otites en est une preuve sérieuse à l'appui.

De là le passage des pneumocoques dans les méninges est facile, soit par les vaisseaux sanguins des lymphatiques, soit par les gaines lymphatiques des nerfs.

La même interprétation est soutenable pour les cas où ce sont les sinus aériens du crâne qui sont pris au lieu de l'oreille. Le mémoire de Netter renferme un exemple remarquable dû à Weichselbaunn, de méningite après inflammation fibrineuse des sinus.

Donc : deux sortes de méningites pneumoniques, une par métastase, par infection par le sang; l'autre par infection directe (Netter). Celle-ci plus rare, appartenant au type clinique où la méningite précède la pneumonie.

Nous venons de voir que le pneumocoque peut se localiser dans les méninges et parti du poumon donner naissance à des méningites vraies comme il peut, en se localisant sur d'autres séreuses, donner naissance à des péricardites, à des endocardites, à des pleurésies.

De tout ce qui précède, retenons pour l'instant une seule chose, c'est qu'il existe une méningite causée par le pneumocoque; et la connaissance de ce fait nous permettra d'entrevoir la possibilité de méningites pneumococciques d'emblée.

L'existence de cette variété de méningite sans pneumonie est bien près d'être une réalité acceptée. Ce n'est plus qu'une question de porte d'entrée.

M. Netter en 1886 (1), avait déjà signalé une série de cas de méningites, avec ou sans endocardite, méningites dans lesquelles il avait pu constater la présence des pneumocoques qu'il avait cultivés et inoculés avec succès.

A ces observations personnelles, il a pu ajouter 4 cas de *Senger*: méningites purulantes avec otites, et 2 cas de Foa et de Bordone-Uffredozzi.

Or le problème clinique qui se pose ici est de savoir si on peut pendant la vie diagnostiquer, en l'absence de la pneumonie, ces méningites à pneumocoque et si on peut les séparer des autres variétés de méningites.

(1) Société anatomique, 1886.

Voici d'après Netter les raisons, les conditions qui doivent y faire songer: ce sont les *associations pathologiques* de ces méningites compliquées pour la plupart de péricardites, d'endocardites, de pleurésies, de *bronchites pseudo-membraneuses* (bronchites à exsudats épais) ce sont les conditions d'âge et de milieu; telles sont ces méningites qu'on voit survenir chez les vieillards dans le cours de la grippe.

Quant à la méningite cérébrospinale épidémique et bien qu'il ne soit en aucune façon ici question de discuter de sa nature, bien des circonstances plaident en faveur de sa nature pneumococcienne;

La coexistence fréquente d'épidémies pneumoniques.

La coexistence de la grippe.

La présence de troubles auditifs fréquents dus à une suppuration de la caisse.

La marche de ces épidémies de méningites qui sévissent par familles, par maisons, par quartier etc.

Toutes ces conditions réunies font malgré tout songer dans la pathogénie des méningites cérébrospinales, à l'infection pneumococcienne. C'est une question à réserver et que l'avenir seul peut élucider.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR L'HYGIÈNE

La division du travail est heureusement à l'ordre du jour, cependant une simple division commence à ne plus suffire. Il va falloir maintenant des subdivisions. Dans l'ordre de la médecine les publications représentent de véritables avalanches. Aussi les revues spéciales se multiplient. Et ce qui, chez François Bacon, paraît un rêve d'établir dans une île des catégories de travailleurs chargés de fouiller chacun de leur côté, tout ce qui pourrait se produire relativement à tel ou tel segment de nos connaissances, risque non seulement de devenir une réalité, mais s'imposera bientôt comme un besoin. Que l'on applique de plus en plus vite les théories émises dans *la Nouvelle Atlantide!* Nous commençons à être débordés.

Aujourd'hui, j'ai à m'occuper de travaux récents sur l'hygiène. Quelle surabondance! Aussi vais-je être obligé de passer rapidement, d'effleurer en quelque sorte, sans approfondir.

I. — Voici d'abord le livre de M. Jules Rochard (1) dont le titre seul est forcément suggestif: *L'hygiène sociale.* Avant même d'ouvrir son livre on entrevoit que l'auteur a eu un superbe sujet à traiter et, étant connues les aptitudes spéciales de M. Rochard, sa grande intelligence, sa hauteur et sa largeur de vues, l'élégance de son style, on peut, pour ainsi dire, prévoir ce qu'il va nous exposer.

Le livre comprend huit divisions principales quoique d'inégale importance.

Après un coup d'œil magistral sur le rôle de l'hygiène dans les sociétés modernes et sur son avenir, M. Rochard aborde dans son deuxième chapitre et traite avec tous les détails qu'elle comporte, la question de l'hygiène des villes et des budgets municipaux.

La troisième question a pour titre: *les conditions matérielles de la vie dans les classes laborieuses* (alimentation et logements ouvriers). On y lira une étude fort intéressante sur les Sociétés coopératives.

Après une quatrième partie consacrée à montrer la *dépopulation* de la France, vient dans la cinquième section, l'éducation rationnelle avec sa double subdivision de l'éducation des garçons et de l'éducation des filles; sujet que M. Rochard avait déjà traité dans la *Revue des Deux-Mondes.*

Dans les deux parties qui suivent, il est question de la prophylaxie des maladies, d'abord des maladies contagieuses, puis des maladies non contagieuses.

Enfin, dans un dernier chapitre consacré à établir la valeur économique et la *comptabilité* de la vie humaine. M. Rochard étudie successivement la dîme mortuaire, la dîme de la maladie, et les pertes causées par les maladies populaires, et il arrive à faire admettre comme un triple désideratum, les trois propositions qu'il avait déjà développées au Congrès international de la Haye:

1° Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie; 2° il n'est rien de plus dispendieux que la maladie, si ce n'est la mort; 3° le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous.

Dire que le livre de M. Rochard est d'une lecture facile serait une banalité. Contentons-nous d'affirmer que ce beau volume ouvre des horizons nouveaux. Rendra-t-il les services sociaux qu'il devrait nous procurer? J'en doute. Car en fait d'hygiène, tout le monde en reconnaît l'utilité, en apprécie les services; mais l'application en est pénible: on recule souvent devant un effort. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, est-il chose plus odieuse dans un siècle où l'on songe, où l'on prétend songer aux améliorations scolaires de voir les vacances commencer au mois d'août, tandis que dans nos climats le mois de juillet est le plus chaud de l'année, et en tout cas incompatible avec le surcroît de travail que l'on réclame de notre jeune génération durant cette cuisante période pour les concours, les examens, les compositions de fin d'année. Des vacances en juillet et en août, tous les hygiénistes les accepteraient. Mais la routine s'impose. Les vacances ne doivent commencer qu'au mois d'août. Et tandis que le mois de septembre permettrait un travail fructueux, on lui préfère le mois de juillet avec ses journées intolérables à tout travailleur.

II. — Le livre que M. Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth vient de consacrer à *l'Hygiène de la première enfance* est un véritable Compendium des questions qui se rapportent à ce sujet (1). Il déborde même son sujet, car la première partie s'occupe des parents au point de vue des alliances, de l'influence relative de l'âge, des maladies ou de la consanguinité des conjoints, et de la *génération* comprenant l'hygiène de la grossesse, la physiologie de l'accouchement et l'hygiène avec l'antisepsie des suites de couches.

Avec la deuxième partie, le Dr Rouvier aborde l'étude de l'enfant. Il s'occupe d'abord des divers systèmes de son organisation et de son développement et en particulier de sa dentition, puis passe à l'examen des soins spéciaux que réclame l'enfant depuis sa naissance jusqu'à son sevrage.

Une troisième partie très complète et des plus importantes s'occupe du lait, de sa composition, de ses modifications et des qualités que l'on doit en exiger.

La quatrième partie a trait à l'allaitement naturel ou artificiel et à l'hygiène de l'allaitement comprenant une étude de

(1) TRAITÉ D'HYGIÈNE SOCIALE, 1 vol. in-8 de 700 pages, Paris. Lecrosnier et Babé.

(1) 1 vol. in-8° de 640 pages. Paris. O. Doin, éditeur, 1889.

la syphilis communiquée par l'allaitement, et se terminant par un chapitre consacré au sevrage.

Enfin, une cinquième et dernière partie étudie les causes et les conditions de diminution de la mortalité infantile.

Le livre de M. Rouvier est plein de renseignements utiles. Il pourra rendre de grands services.

III. — Voici maintenant un *Guide pratique des pesages pendant les deux premières années de la vie* (1), dû à M. le Dr Sutils. Cet ouvrage qui s'adresse spécialement aux médecins inspecteurs de l'enfance est précédé d'une préface émanant de la plume autorisée de cet apôtre de la protection du jeune âge, de M. Théophile Roussel. On y lit que le Dr Sutils a fait une œuvre bonne pour la science, pour l'humanité et en particulier pour les enfants placés en nourrice. Le livre atteindra donc le but qu'il a visé.

Pour augmenter la valeur et l'intérêt de son manuel, l'auteur y a joint un atlas comprenant 64 tracés graphiques en quatre couleurs où l'on voit, d'un coup d'œil, les modifications de poids d'un enfant dans les diverses conditions de santé ou de maladie et suivant les périodes successives de la dentition.

IV. — Sous ce titre l'*Hygiène à l'école*, M. le Dr A. Collineau, vient de publier un véritable traité (2) de pédagogie scientifique s'occupant non seulement des constructions scolaires, du mobilier et du matériel d'enseignement, mais aussi des méthodes de lecture ou d'écriture. La question de la myopie scolaire et de l'astigmatisme forme un chapitre à part et non des moins importants. Le surmenage cérébral est aussi abordé. Puis vient l'étude de la discipline scolaire par coercition ou par persuasion. A la suite de Diderot, M. Collineau pense que c'est grâce aux exercices de raisonnement que « le sens critique s'éveille ; le discernement s'affine ; l'aplomb moral s'acquiert. Plus synthétique l'esprit cesse de s'embarrasser dans les détails. Par habitude, toute chose se trouve mise au point, classée selon son importance effective, estimée à sa juste valeur. Ainsi aiguillonnée, la curiosité pousse, sans trêve, à des recherches nouvelles. Sans pénible labeur, la mémoire se meuble. Point capital : à se refuser au métier servile de copiste, la puissance d'assimilation s'accroît. Or, plus la puissance d'assimilation d'un homme est développée, plus il se sent d'initiative, plus ses œuvres sont frappées au coin de l'expérience et de l'originalité.....

« Que les années de scolarité, ajoute M. Collineau, soient tout entières dépensées *à apprendre* aux élèves *à travailler* ; qu'un but aussi enviable soit atteint, et nous n'hésitons pas à le déclarer : l'emploi du temps aura été parfait. »

Nous ne ferons qu'indiquer les parties importantes qui traitent de la gymnastique et des colonies de vacances. Nous signalerons surtout comme relativement neufs, les trois chapitres consacrés à l'étude des terreurs nocturnes dans le jeune âge, de l'astuce chez les enfants sous ses diverses formes et enfin de la suggestion en pédagogie, des procédés et en même temps des dangers de l'hypnotisme.

(*A suivre.*) Dr Paul FABRE (de Commentry).

(1) 1 vol. in-12 de 160 pages, avec atlas. Paris. G. Steinheil, éditeur, 1889.

(2) 1 vol. de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*, in-12 de 320 pages, avec 50 figures dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils, 1889.

REVUE DES THÈSES.

DES LÉSIONS SECONDAIRES AU CANCER DE L'UTÉRUS, par L. LECA. (Thèse de Paris 1888.)

Dans toute la série de désordres anatomiques postérieurs au cancer de l'utérus, l'auteur relève plus particulièrement ce qui a trait aux reins, au cœur et au foie.

Un des premiers effets de la production morbide est de comprimer les uretères. Participant à l'inflammation du voisinage, ces derniers s'épaississent sont réduits de calibre et gênent désormais l'excrétion. La distension, l'excès de pression, et l'infiltration qui en résultent suffisent à expliquer la dilatation parfois extrême des tubes contournés et des capsules de Bowmann, l'aplatissement des épithéliums et l'anémie caractéristique de l'organe.

Cette néphrite ascendante se trouve rarement accompagnée d'hypertrophie ventriculaire. La loi de Traube est ici en défaut si on se rappelle que la cardiopathie a besoin d'un certain temps pour s'établir comme on peut l'observer dans les diverses formes du mal de Bright tandis que la lésion rénale liée au cancer utérin ne dure pas plus de six mois à un an. En tous cas, la première, lorsqu'on la constate, paraît être liée à la seconde, non par un rapport de cause à effet, mais par une coïncidence morbide, l'alcoolisme.

L'altération graisseuse du foie fréquente dans l'épithéliome utérin peut s'expliquer par une auto-intoxication. Les dernières recherches nous ont appris en effet que l'organe hépatique est chargé de détruire les poisons et que certains agents toxiques exercent très rapidement une influence stéatogène sur les cellules glandulaires.

DU TRAITEMENT RADICAL DU CANCER DU GROS INTESTIN PAR LA COLECTOMIE ET ENTÉRORRHAPHIE APRÈS LAPARATOMIE, par J.-B. CAMUS. (Thèse de Paris 1887.)

Bien que l'extirpation large et précoce soit le meilleur moyen à employer dans le traitement de toute tumeur cancéreuse, il est des circonstances où un procédé aussi radical ne peut être de mise à cause des difficultés d'exécution entraînant souvent des délabrements graves et irréparables. Pour ce motif, la colectomie avec entérorrhaphie consécutive à l'ouverture abdominale, n'a pas été jusqu'à cette heure en très grande faveur auprès de la majorité des chirurgiens qui se contentaient des résultats palliatifs fournis par la création d'un anus iliaque ou lombaire. M. Camus vient démontrer dans un travail intéressant et bien étudié qu'on est cependant autorisé en maintes circonstances à aller directement sur le mal par la laparatomie, à le réséquer avec la portion intestinale qui le soutient et à suturer la plus au moins large brèche produite. Cette opération compte quelques succès et peut être pleinement justifiée malgré tout l'aléa laissé par l'entérorrhaphie. Ce temps est assurément un des plus difficiles à bien exécuter et nous persistons à le croire plein de dangers. Telle a été aussi la conviction de l'auteur qui prend un soin minutieux à nous décrire les procédés employés et plus particulièrement celui de Trèves. Il aurait pu ajouter qu'en pareil cas un simple morceau de suif ou un cylindre d'os décalcifié ont aussi rendu de réels services.

CH. AMAT.

BULLETIN

Le poison diphtéritique. — Intoxication arsenicale chronique. — Inauguration d'établissement hospitalier.

— Il y a quelques semaines, à cette même place, nous avons eu occasion de signaler et d'analyser un mémoire de MM. Roux et Yersin sur le poison diphtéritique. Ces laborieux expérimentateurs viennent de publier sur le même sujet un deuxième travail aussi remarquable que le premier. En résumant les conclusions principales qui en découlent, nous sommes assurés de vulgariser des faits extrêmement intéressants, auxquels on entrevoit déjà dans l'avenir une sanction pratique d'une haute portée.

La donnée principale qui se dégage des nouvelles recherches de MM. Roux et Yersin, c'est que le poison diphtéritique offre une étroite analogie avec les composés que l'on appelle *diastases*. Il s'en rapproche manifestement par ses propriétés chimiques et notamment par son impressionnabilité particulière à la chaleur, à l'air et à la lumière. L'influence de ces trois agents physiques sur le poison diphtéritique est certaine: Elle se traduit par une diminution progressive et marquée de sa virulence. L'action de la chaleur est surtout très évidente; une culture préalablement soumise à la température de 100° ou exposée pendant deux heures à une chaleur de 58°, peut être injectée dans une veine sans produire d'accidents immédiats. Une autre remarque est relative à la réaction des liquides de culture renfermant le bacille de Klebs; ces cultures ne révèlent de propriétés toxiques énergiques que quand elles sont devenues alcalines. Au contraire, avec la réaction acide, il faut des doses notables de liquide pour produire un effet appréciable sur les animaux. L'addition d'acide phénique, borique, de biborate de soude suffit pour retarder son action, sans parvenir néanmoins à empêcher toujours la mort. Cette dernière remarque est très importante, car elle laisse entrevoir des applications thérapeutiques fondées précisément sur le principe de l'atténuation au moyen des acides, de la virulence des produits secrétés par le bacille de Klebs.

MM. Roux et Yersin ont constaté encore d'autres particularités très dignes d'intérêt: par exemple, l'innocuité réelle de l'ingestion du poison diphtéritique mise en regard de l'extrême activité de ce poison quand il est introduit par la voie sous-cutanée. Ainsi un pigeon a pu ingérer 10 cent. cubes d'une culture toxique sans éprouver de malaise appréciable, alors qu'un autre pigeon ayant reçu un demi-centimètre cube de la même solution dans la trachée est mort en quatre ou cinq jours sans lésion appréciable des organes respiratoires. Il faut encore signaler la tendance remarquable du poison diphtéritique à adhérer, à faire corps en quelque sorte avec certains précipités formés au sein du liquide où il se trouve en dissolution, notamment avec le phosphate de chaux, etc. etc. MM. Roux et Yersin n'ont pas voulu encore se risquer à tirer de ces faits si intéressants les conclusions pratiques que nous nous plaisons à entrevoir comme la conséquence logique de leurs recherches; mais nul n'est aussi bien préparé qu'eux pour remplir cette dernière partie d'une tâche si brillamment commencée. On doit les féliciter, en attendant, de leur zèle et de leur habileté expérimentale, aussi bien que de la précision, de la méthode, grâce à laquelle ils sont arrivés à découvrir des faits nouveaux bien propres à étonner ceux qui pensaient que la clinique, en matière de diphtérie, avait depuis longtemps dit le dernier mot.

— Avec M. Brouardel, c'est la question de l'empoisonnement arsenical qui fait sa réapparition à la tribune de l'Académie. L'éminent professeur a laissé de côté cette fois l'empoisonnement aigu, celui dont les fastes judiciaires nous offrent tant d'exemples. Il a limité son sujet à l'étude de l'intoxication lente, insidieuse, chronique, forme d'arsenicisme moins étudiée et peu connue jusqu'au jour où un procès mémorable a rappelé l'attention sur elle. Nous voulons parler de l'affaire des empoisonnements d'Hyères, objet d'un mémoire très important de notre confrère le Dr Dubrandy. C'est à la description de cette épidémie locale que M. Brouardel a emprunté les principaux éléments de sa communication.

Les accidents imputables à l'arsenicisme chronique sont variés et extrêmement complexes. Ce sont généralement des troubles digestifs qui ouvrent la scène; puis des symptômes laryngo-bronchiques intenses, se rapprochant des manifestations catarrhales vulgaires; des éruptions cutanées, polymorphes, tenaces, en rapport évident avec la localisation habituelle de l'arsenic au niveau des tissus de la peau et principalement de l'épiderme. Une dernière période est marquée par l'apparition de phénomènes nerveux complexes, intéressant à la fois la sensibilité, les sens spéciaux et le mouvement. A cette liste il faut joindre des altérations viscérales capables d'amener la mort, même quand la cause a depuis longtemps cessé d'agir.

Une remarque importante, c'est que parmi les troubles si nombreux et si variés de l'arsenicisme chronique, il n'en est aucun de réellement spécial à cette intoxication: aucun dont on puisse dire qu'il est pathognomonique: de là une difficulté d'interprétation presque insurmontable; les erreurs de diagnostic sont nombreuses, inévitables et se succèdent jusqu'au jour où un accident, une remarque fortuite viennent, comme un trait de lumière, dissiper les doutes du médecin et permettre d'instituer le seul traitement rationnel, savoir l'éloignement de la cause et l'emploi des moyens propres à activer l'élimination du poison par les voies naturelles.

En outre de l'étude des accidents cliniques si intéressants de l'arsenicisme chronique, M. Brouardel s'est préoccupé des moyens de reconnaître l'intoxication arsenicale pendant la vie et du mode de répartition du poison dans les diverses parties du corps humain. L'étude de cette dernière question a permis de constater quelques faits très importants: par exemple, la localisation habituelle de l'arsenic dans le tissu spongieux des os, son élimination active par la peau et par les appendices pileux. Toutes ces remarques vérifiées d'abord expérimentalement chez les animaux, ont été ensuite confirmées chez l'homme à l'occasion d'expertises médico-légales. Elles justifient une fois de plus l'assimilation que la ressemblance des effets a permis d'établir entre l'empoisonnement arsenical et les accidents dus à l'absorption du phosphore.

— Un des événements de la semaine a été l'inauguration de la maison de retraite Rossini, à Auteuil. Les journaux politiques ont rendu compte de cette cérémonie, dont l'éclat semblait proportionné à la beauté morale de l'œuvre qu'elle était destinée à consacrer. On connaît le but de cette œuvre: elle est destinée, dans la pensée du fondateur, à assurer un asile aux artistes lyriques âgés, infirmes, à ceux qui ne possèdent que des ressources insuffisantes et précaires. Les bâtiments construits en bordure du magnifique parc de Sainte-Périne, abritent déjà une trentaine de pensionnaires des deux sexes: Des constructions ultérieures, en vue desquelles des terrains ont été ménagés, permettront un jour de porter ce chiffre à cent. Le legs formulé par l'illustre composi-

teur italien, sera donc alors pleinement réalisé. Inutile d'ajouter que les pensionnaires trouvent dans cette maison une hospitalité entièrement gratuite ; la libéralité du testateur n'a voulu sur ce point introduire aucune réserve et n'a laissé subsister aucune restriction.

En constatant la belle organisation et le fonctionnement irréprochable de cet établissement digne de servir de modèle, on ne peut d'abord se défendre d'un sentiment de reconnaissance envers le compositeur illustre dont la générosité avait de son vivant arrêté par avance tous les termes de cette magnifique donation. On peut ajouter que Rossini, en attachant son nom à la réalisation d'une idée essentiellement philanthropique, a créé par là-même précédent qui, nous devons le croire, trouvera un jour des imitateurs. Nous devons espérer que ce qui a été fait pour la musique, sera fait également pour la littérature, pour la science, pour les arts, c'est-à-dire pour ces différentes catégories de travailleurs intellectuels qui, trop souvent, ne trouvent que la pauvreté et la gêne au bout d'une existence remplie par une labeur soutenu. Assurer à ceux-là une vieillesse tranquille, exonérée de toute préoccupation matérielle, serait pareillement une œuvre qui classerait son auteur au nombre des bienfaiteurs de l'humanité.

— Puisque nous sommes sur le terrain des œuvres utiles, nous devont signaler encore comme un événement digne d'attention, la création d'un nouvel hôpital extra-urbain destiné au traitement des jeunes tuberculeux. L'inauguration de cet établissement, aujourd'hui achevé dans ses parties principales, a eu lieu à Ormesson le 25 juin. M. Hérard, l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, a prononcé à cette occasion un discours dans lequel il a fait ressortir le but de l'œuvre, son fonctionnement, ses ressources : en même temps il a rendu justice au bienfaiteur anonyme dont la générosité, par l'offre gratuite de 25,000 mètres de terrain, a permis d'établir l'œuvre dans des conditions qui en assurent le succès. Les bâtiments aménagés où construits abritent déjà une trentaine d'enfants atteints de tuberculose à des degrés divers. L'achèvement ultérieur des constructions permettra de porter ce nombre à 200. Les petits malades trouveront là, dans des salles propres, bien aérées, au milieu d'un parc extrêmement vaste, les conditions hygiéniques indispensables à la réussite du traitement médical. Ajoutons que l'hôpital d'Ormesson, situé à quelques kilomètres de Paris, sur le plateau de la Brie, dans un site admirable, n'est pas réservé exclusivement aux enfants de la grande ville : Un certain nombre de lits seront mis à la disposition des départements qui en feraient d'avance la demande.

Œuvre exclusive de l'initiative privée, dégagée de toute attache officielle, cette nouvelle fondation n'a d'autres ressources que les apports spontanés de la bienfaisance publique. Nous sommes certains qu'ils ne lui feront pas défaut, car en France et à Paris surtout, la charité n'a jamais dit son dernier mot.

P. MUSELIER.

NOUVELLES

Loi modifiant la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée et ayant pour but de donner une autonomie complète au service militaire de santé.

Dispositions générales du service de santé. — Art. 16. Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs du service de santé dans les hôpitaux, ambulances et établissements pharmaceutiques, sont pris parmi les membres du corps de santé militaire.

Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement et les autres services sont réglés par les articles qui précèdent.

Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil, attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres, en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et aux hommes de troupe momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et les hommes de troupe ainsi détachés relèvent de leurs chefs de corps respectifs en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieures du corps.

Les prescriptions du directeur ou des chefs du service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion dans la limite des règlements et des tarifs.

Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire sous leur responsabilité, même pécuniaire, des dépenses non prévues par les règlements ; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit et en préviennent immédiatement le commandement.

Art. 17. — Les pharmaciens et officiers d'administration chargés d'exécuter les ordres du directeur ou des chefs du service de santé peuvent être rendus pécuniairement responsables du montant des dépenses non prévues par les règlements, pour lesquelles l'ordre écrit sus-mentionné ne leur aurait pas été délivré.

Art. 18. — Les directeurs du service de santé, dans les corps d'armée, ordonnancent toutes les dépenses de ce service. Ces directeurs, ainsi que les médecins en chefs de service, vérifient la gestion en deniers et en matières des pharmaciens et officiers d'administration placés sous leurs ordres. Ils leur donnent directement des instructions pour la bonne tenue des écritures et l'observation des lois et règlements sur la comptabilité.

Le service de santé est également chargé, sous l'autorité du commandement, d'assurer la fourniture du matériel et des approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et aux ambulances.

***

— Par arrêté Ministériel du 27 juin, 1889 : sont institués agrégés des facultés de médecine (section des sciences physiques : physique, chimie et pharmacie), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. *Barth* (Joseph-Paul-Léonce). — Pharmacie. *Denigès* (Georges-Noël-Fort). — Chimie. *Fauconnier* (Adrien). — Chimie. *Lecercle* (Alfred-Charles-Léon). — Physique. Weiss (Jules-Adolphe-Georges). Physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Bonnecaze. — Valeurs et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe.

M. Fallier. — Contribution à l'étude des fractures de l'épitrochlée avec luxation du coude.

M. Delabrosse. — De l'hémoglobinurie.

M. Bataillard. — De la durée et du pronostic du travail, de modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.

M. Mantel. — D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation décomplétée mode des fesses.

M. Cen-ier. — Contribution à l'étude de l'ectopie testiculaire en retour.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Iconographie de la flore française, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. — Cette publication paraît par séries de 10 planches chromolithographiées (10 couleurs), d'après les aquarelles faites d'après nature sous les yeux de l'auteur. Le texte explicatif, très complet, est imprimé au verso même des planches. Chaque planche porte un numéro qui n'indique que l'ordre de publication. Un index méthodique et des clefs dichotomiques établissant les séries naturelles suivant lesquelles les espèces doivent être disposées, seront publiées ultérieurement. Le nom des plantes qui appartiennent à la Flore parisienne est accompagné d'un signe particulier (*). Les principales localités des environs de Paris sont indiquées à la fin du paragraphe relatif à l'habitat. — Prix de chaque série de 10 planches avec couverture : 1 fr. 25.

L'ouvrage sera publié en 40 ou 50 séries. — Les vingt-huit premières séries sont en vente (1er mai 1889. — Il paraît en moyenne une série par mois.

Les 200 premières planches de l'*Iconographie* viennent d'être réunies en deux volumes, cartonnage toile, lettres dorées. M. Baillon, pour ces premières centuries, a fait un résumé des plantes qu'elles contiennent ainsi qu'un titre et une courte introduction à l'ouvrage. — On peut se prpcurer à la librairie le texte en question, ainsi que le cartonnage des deux centuries, moyennant 1 franc par chaque cartonnage. — Pour chaque centurie suivante un texte analogue sera établi par l'auteur et sera vendu avec un cartonnage semblable, au même prix de 1 franc. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Scènes et types du monde savant, par Victor Meunier, rédacteur scientifique au *Rappel*. Un volume in-18 jésns de 400 pages. Prix : 4 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 23 AU SAMEDI 29 JUIN 1889.

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 0. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 15.—Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 164. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 44. — Autres, 8. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 12.—Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 22. — Broncho-pneumonie, 21. — Pneumonie, 39. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 16 —Biberon, 74. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 21. — Suicides, 14.—Autres morts violentes, 10.—Autres causes de mort, 142.—Causes inconnues, 15. — Total : 878.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

PATHOLOGIE

De la mammite des adolescents et des adultes, par le Dr Em. Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

Un certain nombre de travaux ont paru sur la mammite des enfants nouveau-nés. Mais la mammite des adolescents et surtout la mammite des adultes sont beaucoup moins connues. Robelin n'en dit que quelques mots dans sa thèse (1) ; Horteloup lui consacre seulement deux ou trois pages (2), Moizard a repris dernièrement la question avec un peu plus de détails (3), mais bien des points encore sont restés obscurs et peu étudiés.

J'ai eu l'occasion pendant mon internat d'observer un assez grand nombre de cas de mammite chez des adolescents et des adultes. J'ai réuni ces faits et de leur examen j'ai essayé de déduire les données qui vont suivre.

I. — Mammite des adolescents. Mammite de la puberté. Chez l'enfant, ont trouve dans la mamelle l'élément glandulaire au complet avec les acini et les conduits excréteurs. Puis les acini disparaissent et les canaux galactophores deviennent de moins en moins visibles et de moins en moins nombreux à mesure qu'on examine des mamelles de sujets plus âgés. En un mot la glande s'atrophie avec l'âge. Néanmoins, au moment de la puberté, alors que l'enfant se modifie pour devenir homme, que ses formes deviennent plus viriles, sa voix plus forte et plus grave, que ses testicules et sa verge grossissent, que son pubis se recouvre de poils, il semble que la mamelle se ranime, subissant le retentissement de cette transformation générale. Aussi c'est à cette époque que se montre la mammite de la puberté, c'est-à-dire entre seize et dix-huit ans, le plus ordinairement vers quatorze ou quinze ans.

Est-ce là une affection rare ? Plusieurs auteurs le pensent. Je ne le crois pas. Sans doute les observations ne sont pas très nombreuses dans la littérature médicale, mais cela tient très probablement, pour ne pas dire certainement, à ce que l'affection étant peu grave et peu douloureuse, la plupart des malades négligent de consulter le médecin. Chez beaucoup même la maladie ne consiste qu'en quelques picotements douloureux des seins, mais sans attirer autrement l'attention. « Ce n'est, dit Moizard, qu'une hyperhémie temporaire d'une glande encore incomplètement atrophiée dans laquelle, sous l'influence d'un mouvement général de l'organisme, on voit apparaître une dernière lueur de vitalité. »

Les symptômes de la mammite de la puberté sont bien connus; je n'y insisterai pas longuement.

Généralement le malade ressent des picotements douloureux,

(1) Rabelin. Du sein chez l'homme. Th. de Paris, 1852.
(2) Horteloup. Thèse d'agrégation, 1872.
(3) Moizard. De la mammite chez l'homme. Th. de Paris, 1881.

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE MILITAIRE A L'EXPOSITION DE 1889

L'ordre de mobilisation avec ses cinq tickets rouges. — Le Pavillon de la Guerre. — Un élève très blond et un médecin très noir. — Le lit-sommier-table et « l'imagerie ». — La casquette hygiénique *ou* Père Bugeaud. — Les denrées du service des subsistances militaires. — Tente fraction d'hôpital temporaire et tente autre fraction d'hôpital de campagne. — Le « Follet » et le thermomètre. — Tente d'opérations d'ambulance. — Le *plein* des approvisionnements. — Un matériel roulant ultra-solide. — Mulets cacolets et litières. — Evacuation par voies ferrées. — Le *Transsaharien*. — Wagons de marchandises aménagés, système Bry et Bouloumié. — La classe 64. *Hygiène*. — *L'Association des Dames françaises* et *l'Union des Femmes de France*. — Les mères de charité. — *La Société de secours aux blessés*. — Expériences du Val-de-Grâce. — Doléances pharmaceutiques. — 1er concours sérieux pour *l'aptitude*. — Confusion hospitalière actuelle. — Bon vouloir et progrès de la Statistique. — Des réformes.

I

En notre année du Centenaire où tout médecin de France au-dessous de 45 ans peut recevoir par la gendarmerie (et Dieu sait si elle court cette pauvre gendarmerie) un ordre de mobilisation sur joli papier rouge avec cinq bons de chemin de fer pour lui son ordonnance et son cheval, personne ne reste étranger aux affaires étrangères.

Dès que l'horizon politique s'assombrit, comme disent encore quelques journaux de province, la pensée militaire de « graisser ses bottes et d'aller en découdre » ou en recoudre hante l'oreiller de tout docteur qui a soutenu sa thèse devers 1865 ou environ.

C'est la vigilance patriotique du directeur de la 7e direction qui pac cet ordre orné de ses 5 petits tickets rouges, évoque ce spectre rouge. Aussi beaucoup de nos distingués confrères appelés à monter ou à sauter à cheval entre la poire et le fromage sur ce petit avis recommandé et pressé, voudront-ils visiter doucement, sans sortir de leur fauteuil et comme en un espèce de « voyage autour de ma chambre », l'Exposition d'hygiène et de médecine militaire de l'Esplanade des Invalides.

des élancements dans les seins qui deviennent un peu sensibles à la pression. Assez souvent, comme je viens de le dire, tout se borne à cela et la maladie passe inaperçue.

D'antres fois les symptômes douloureux acquièrent plus d'intensité. Le sein devient très sensible à la pression et les frottements de la chemise sont très pénibles. La glande est ronge, gonflée, grosse comme une mandarine ou une petite orange ; le mamelon est saillant et l'aréole d'un rouge foncé. A la palpation on sent une sorte de gâteau glandulaire induré.

Généralement unilatérale, quelquefois bilatérale, cette mammite ne s'accompagne d'aucun symptôme général.

Ordinairement la maladie se termine par résolution au bout de deux ou trois septenaires. Néanmoins, dans quelques cas exceptionnels, on a vu le sein suppurer. Velpeau en cite un exemple, et Moizard en rapporte un autre dans sa thèse.

D'antres fois enfin, les symptômes inflammatoires et les douleurs disparaissent assez rapidement, mais le sein reste dur et gros très longtemps et cette induration peut même persister indéfiniment.

Quelles sont les causes de la mammite de la puberté?

On a bien pu dans quelques cas invoquer des traumatismes, des coups, des chutes, des frottements, etc... ; mais ces cas sont exceptionnels et généralement la mammite apparaît sans cause appréciable.

Quelques auteurs, le professeur Lacassagne de Lyon en particulier, ont cru remarquer que la mammite de la puberté était souvent causée par la masturbation. Les enfants qui se masturbent, me disait M. Lacassagne, ont le sein douloureux ; c'est même un signe précieux pour reconnaître l'existence des mauvaises habitudes chez les enfants. Il suffit de leur presser un peu vivement la poitrine avec la paume de la main ; s'il existe un point mammaire douloureux, c'est qu'ils se masturbent.

J'ai fait des recherches dans ce sens et je dois dire que, chez nombre d'enfants masturbateurs, je n'ai point trouvé ce point mammaire douloureux. J'ai également interrogé à ce point de vue des adolescents atteints de mammite et cette étiologie ne m'a pas paru absolument nette, même dans les cas où ils avouaient se masturber.

Prenons un exemple.

Observation I. — L... 15 ans, employé de commerce, se présente le 17 septembre 1888 à la consultation du Dr Bouchereau à Sainte-Anne.

Son père était un homme violent et très nerveux ; il est mort tuberculeux. Sa mère est encore vivante et bien portante.

Il y a trois semaines, L... s'est aperçu que son sein droit devenait douloureux à la pression. Le frottement de sa chemise lui semblait pénible. Le sein s'est mis alors à gonfler. Actuellement il est douloureux à la moindre pression et gros à peu près comme une noix. En comparant avec le côté gauche qui est indemne, on constate une saillie notable. En palpant le sein, on sent un petit gâteau induré grand environ comme une pièce de cinquante centimes. Le mamelon qui semble érigé, a une teinte rouge foncé.

L... n'a pas reçu de coups dans la région mammaire. Il avoue avec beaucoup de réticences et en rougissant, qu'il se masturbe en moyenne deux fois par semaine, mais je ne serais pas étonné qu'il en usât avec plus de largesse.

L... est un garçon assez intelligent et assez instruit.

Ses organes génitaux sont normaux et son pubis est garni de poils. Sa figure est imberbe et ses membres sont glabres.

Rien d'efféminé dans les formes.

Ainsi L..., avoue bien se livrer à l'onanisme, mais ces habitudes ne semblent avoir rien d'exagéré. Or la plupart des enfants en font autant et cependant ils échappent à la mammite.

Bien plus, Stumcke, un auteur allemand (1), soutient que les jeunes gens qui se livrent à l'onanisme ou qui usent des plaisirs sexuels, sont épargnés par la maladie. Il va même jusqu'à se demander s'il ne serait pas possible, dans les cas où l'inflammation prend un caractère d'intensité considérable, d'user avec mesure de la satisfaction de l'instinct sexuel pour amener la résolution.

Mon excellent ami et collègue, Mayer S. Diamant-Berger, interne à l'hôpital Rothschild, me communique un fait inédit qui semblerait venir corroborer cette théorie du médecin allemand. Qu'on me permette de le rapporter ici.

Observation II. — R... 17 ans, apprenti tailleur, entre à l'hôpital Rothschild au mois de novembre 1887 pour des accidents de tuberculose pulmonaire au début.

Dans le courant de janvier 1888, il ressentit des picotements

(1) Stumcke. Ueber zwei formen von mastitis der Kinder. Journal der Kinder krankheiten. Décembre 1847.

***

Le superbe palais tout blanc crayeux de l'Exposition de la Guerre, avec ses glaives, ses casques et ses cuirasses en ronde bosse fait bien la martiale figure qu'il doit. C'est un camarade d'Esplanade, plus moderniste, plus « bâti » plus *simili* comme il appartient à ces confections d'architecture qui ne font qu'une saison d'été; mais en fait, c'est un vis-à-vis suffisant des Invalides de Louis XIV qui, eux aussi, ont force glaives, casques et cuirasses en ronde bosse.

Il ne faut pas s'attendre à trouver à l'intérieur beaucoup d'éléments de conservation de la vie humaine. — Au contraire. — Le rez-de-chaussée débute par le trio Hotchkiss-Maxim-Nordenfeldt qui avec les canons à répétition, revolvers mitrailleuses ne semble préoccupé que de perforations, bris, ruptures et fractures — de faire « de beaux cas ».

Et de contribuer le plus possible à la chirurgie.

Mais au premier étage, en haut de l'escalier tapissé de ces inoubliables tableaux en laine des Gobelins, on trouve dans la salle où tous les rôles de l'armée sont tenus par des mannequins un élève-mannequin de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon qui sourit à un élève mannequin de l'Ecole Polytechnique lequel lui rend son sourire.

Ce *fœtus* est très blond, blond comme les blés et à l'opposite de la salle se dresse et se redresse un médecin-major très brun, noir-foncé presque *teint*. Nous ne saurions trop féliciter MM. les organisateurs d'avoir à l'aide de ces deux simples nuances de leur palette su satisfaire diplomatiquement le Nord et le Midi.

En les prenant par les cheveux.

Cette espèce de Musée Grévin ou Tussaud a naturellement beaucoup plus de succès de foule et quantitatif que la cartographie avec son arsenal trigonométrique.

Il y a en particulier un cuisinier en pied mannequin qui a une action étonnante sur les masses; son pot-au-feu éclipse absolument le général et les états-majors mannequins.

Même sur semaine.

***

Dans la salle voisine de ce cuisinier 1er rôle, se trouve le lit-sommier-table Thuau qui (et M. Thuau ne nous le laisse pas ignorer) primé au concours du 30 avril 87, a été adopté définitivement par décision du ministère de la Guerre du 21 septembre 87.

douloureux dans le sein droit qui augmentait de volume et accuserait bientôt la grosseur d'une mandarine, et cela sans réaction fébrile ni modification aucune de l'état général.

Cette mammite resta stationnaire pendant cinq mois malgré les traitements divers mis en œuvre (compression ouatée, élastique, onguent mercuriel belladoné, etc.).

R... sortit de l'hôpital en juin 1888 sensiblement amélioré au point de vue des signes pulmonaires.

N'ayant jamais eu de rapports sexuels antérieurement, il pratiqua alors le coït en moyenne une fois par semaine. Au bout d'un mois la mammite disparaissait progressivement et peu de temps après le sein était revenu à son état normal.

R... rentre à l'hôpital au mois de décembre 1888, toujours pour des accidents de tuberculose pulmonaire. Un mois après la mammite reparait. Il va sans dire que le malade avait dû cesser tout rapport sexuel. Cette seconde poussée présenta absolument les mêmes caractères que la première: même localisation à droite, même augmentation de volume, même sensation de chaleur locale et de picotements continuels.

R... quitte l'hôpital au mois de février 1889 et recommence à avoir des rapports sexuels. En moins d'un mois sa mammite avait complètement disparu.

La corrélation entre la satisfaction des fonctions génésiques et le développement de la mammite semble bien évident chez cet individu.

J'ai tenu à citer ce fait et surtout à le rapprocher du précédent où la masturbation aurait produit un résultat inverse. Ils prouvent qu'il faut invoquer ces deux raisons à la fois, la continence et la masturbation, ou mieux qu'il ne faut les invoquer ni l'une ni l'autre. La puberté seule doit être mise en cause avec les modifications organiques puissantes qu'elle entraine et qui retentissent aussi bien sur la mamelle que sur le système génital.

Comme je l'ai dit, la mamelle est à cette époque un organe qui va disparaître et qui jette une dernière lueur de vie. Il se produit une hyperhémie que la moindre cause pourra venir augmenter et par conséquent amener la mammite: ce sera un traumatisme léger chez l'un, la masturbation chez l'autre, la continence chez un troisième.

Aussi, en face de cette pathogénie de la mammite de la puberté, je crois que Stumcke a raison de ne point sacrifier à une maladie peu dangereuse et facile à supporter les lois de la morale en conseillant aux adolescents la masturbation ou le coït.

Dans la plupart des cas les bains, les frictions avec l'onguent napolitain belladoné ou la pommade à l'iodure de plomb seront des moyens thérapeutiques suffisants pour calmer les douleurs et amener la résolution. Dans les cas plus rebels et de plus longue durée, on pourra recourir à la compression ouatée et à l'iodure de potassium à l'intérieur.

(*A suivre*).

ÉPIDÉMIOLOGIE

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SEPTICÉMIE PUERPÉRALE D'ORIGINE ÉRYSIPÉLATEUSE, PAR LE Dr FIESSINGER, D'OYONNAX (AIN).

(*Suite et fin.*) (1).

Observations. — Le nombre insuffisant de visites ne nous permet pas de donner l'observation complète de deux premiers malades.

OBS. I. — *Septicémie puerpérale. — Pelvi-péritonite suppurée. — Guérison lente.* — Mme X..., de Conflans, commune de Saint-Maurice, canton de Treffort (Ain), accouche le 15 mars 1889. C'est une multipare âgée de 33 ans.

L'accouchement est facile. Six jours après, frisson, douleurs dans la tête et le ventre. Lassitude extrême. Inappétence.

Nous ne voyons la malade que le 1er avril. Elle est levée à notre arrivée. Elle a 40 degrés de température, le ventre est douloureux et ballonné. Le pouls est à 128.

Nous lui ordonnons le repos au lit, des injections vaginales phéniquées, du thé au rhum; une potion de 80 centigr. de sulfate de quinine.

D'injections intra-utérines, nous n'en pouvons donner, tout manquant dans cette maison de pauvres gens.

Le 4 avril, nous revoyons la malade.

L'état est à peu près stationnaire. T. s. 39,7; — P. s. 128.

Cette fois encore, d'injections intra-utérines nous n'en pourrons faire.

Le 6. T. s. 39,4; — P. s. 120.

Le ventre est toujours douloureux. A l'aide d'un irrigateur et de la sonde de Reverdin, nous donnons une injection utérine de 4 litres d'eau phéniquée.

(1) Voir le numéro précédent.

Ce dont 8 ordres tendues parallèlement dans la longueur chevauchant à angle droit 5 à 6 lames de tôle flexible des tinées à faire sommier élastique. Ce lit se relève dans le jour et développe une tablette de rabattement où le soldat peut manger et « soigner » sa correspondance.

C'est simple, propre, ça ne tient pas de place comme les lits et chalets des immortels lits militaires. Mais voilà, il y a encore là un soldat mannequin à succès, très nature avec sa gamelle, et le public n'a d'yeux que pour ce combattant, qui paraît redoutable, de la soupe et du bœuf.

On ne voit pas le lit-sommier-table. C'est le défaut de « l'imagerie ».

En face l'escalier de la salle-couloir médiane se dresse une pièce à conviction d'hygiène inattendue et unique.

C'est le képi légendaire et mis en sonnerie de clairon, la vraie casquette *au* père Bugeaud. Un monument. Fort élevé sur tête et de la forme qu'on a appelée irrévérancieusement « blockaus » ou double décalitre ». Cette casquette précurseur remontant à 1836, époque préhistorique de l'hygiène, dénote chez le maréchal par sa visière en abat-jour et ses quartiers de cuir noir se rabattant sur le derrière du cou, un vif souci de protéger les yeux et la nuque contre les intempéries.

Cette espèce de fût de colonne qui témoigne des bégaiements de l'hygiène est encore solidement debout de 35 centimètres au moins bien que les vers (la vraie faulx du Temps) se soient mis sans vergogne dans ce drap garance qui appartient à l'histoire.

***

Et voilà presque tout ce qu'il y a d'hygiène dans le Pavillon de la Guerre avec les « denrées ou service des subsistances militaires » où figurent des biscuits, pain de munition, viande de conserve, sucre et café cachetés par 4 rations dans une enveloppe de papier, tous comestibles que les intendants qui cherchent à anoblir leur office jusqu'au sacerdoce et à poétiser la cuisine (est-ce parce qu'ils datent de la Restauration) ne consentiraient jamais au grand jamais à appeler des vivres tout sec et à exposer avec Potin dans le Palais de l'*alimentation*.

Et c'est tout, le reste les tentes, voitures, wagons d'ambulance tout cela est en dehors au plein air comme il convient. Les tentes surtout sont ensoleillées à plaisir dressées en parasol à droite et à gauche du pont-levis d'entrée sur une plaine de cailloux blancs,

Nous perdons la malade de vue pendant 8 jours.

Le 13. La malade s'est trouvée mieux pendant quelques jours. Elle s'est levée le 10 avril, mais une soif ardente, une douleur vive dans le ventre et des vomissements continus la forcent de se recoucher. Le ventre se ballonne fortement.

Nous la voyons dans l'état suivant. Le ventre est dur, tendu, très douloureux à la pression, dans la zone sous-ombilicale. Le toucher vaginal, permet de reconnaître dans le cul-de-sac postérieur une tumeur très douloureuse atteignant le volume d'une orange. Le col de l'utérus est déjeté en avant, vers le pubis.

La face est grippée. T. s. 40.2; — P. s. 136.

Le 18. La malade a eu une débâcle de pus par le rectum. Elle est bien soulagée. La tumeur rétro-utérine a fortement diminué de volume; elle est moins douloureuse. Le ballonnement du ventre est moindre. T. s. 38,4; — P. s. 104.

Une lettre datée du 7 mai nous annonce la guérison de la malade.

Obs. II. — *Septicémie puerpérale. — Délire. — Ataxie. — Diarrhée. — Mort 8 jours après l'accouchement.* — Dans la nuit du 31 mars, à 1 heure du matin. M. X..., instituteur à Chaléa, commune de Thoirette, vient nous appeler en toute hâte pour sa femme qui a accouché 8 jours auparavant. Il croit à une indigestion. La femme a de fortes douleurs dans le ventre et une diarrhée violente.

Nous partons pour Chaléa, hameau éloigné de 20 kilom. d'Oyonnax, et trouvons une jeune femme de 22 ans, primipare, dans un état lamentable.

La connaissance est à moitié perdue. Un délire continu a duré toute la nuit. Le ventre est ballonné, l'utérus douloureux. T. m. 40.9; — P. m. 140.

Dès le troisième jour après l'accouchement, la malade avait eu un frisson et des maux de tête. La diarrhée durait depuis 3 jours.

L'adynamie est extrême. Mouvements ataxiques dans les membres quand on est obligé de bouger la malade pour lui donner une injection intra-utérine.

Cette dernière, faite au moyen de la sonde de Reverdin, injecte 4 litres d'eau phéniquée dans la cavité utérine. Immédiatement après la température descend à 40.2. La malade se sent mieux.

Mais dans la soirée, le délire, l'agitation se reproduisent. On n'arrive pas à maintenir la malade dans son lit. On nous appelle en toute hâte le lendemain matin. Mais lorsque nous arrivons, la malade avait succombé et c'est alors que nous allons voir à Confians la malade de l'observation précédente.

Obs. III. — *Septicémie puerpérale. — Diarrhée. — Délire violent. — Injections antiseptiques intra-utérines. — Série de bains à 25 degrés. — Guérison lente.* — Mme Mel... 33 ans, femme du brigadier de gendarmerie, multipare Accouchement par le sommet, le 31 mars à 8 heures du soir.

Le 1er avril; frisson, douleurs de tête. Mal de ventre. Diarrhée le 3 avril au soir.

Le 4, T. s. 40; P. s. 140.

Douleurs vives à la pression au niveau de l'utérus et des annexes. Ventre ballonné. On donne une injection intra-utérine, avec la sonde de Reverdin, de 6 litres d'eau phéniquée. Le liquide ressort trouble, avec quelques débris membraneux peu importants. Après l'injection, la température tombe à 39 2, le pouls à 120. Le mal de tête disparaît.

On ordonne en plus une potion avec 80 centigr. de sulf. de quinine, du thé au rhum, du lait, du bouillon, des injections vaginales antiseptiques.

Le 5, T. m. 39; T. s. 39; P. s. 116.

La température vaginale est relevée matin et soir à l'aide d'un thermomètre à maxima, par le mari de la malade. Le soir, nouvelle injection intra-utérine de 4 litres d'eau phéniquée qui fait baisser la température de 6/10 de degrés. Le pouls a diminué de 8 pulsations (108 au lieu de 116).

Une demi-heure après l'injection, la malade est prise d'un frisson assez violent. La fièvre remonte.

Le 6, T. m. 39,2, T. s. 39,8; P. s. 136.

Une injection intra-utérine de 5 litres d'eau phéniquée, pratiquée le soir, fait tomber la fièvre à 39,2 (au lieu de 39,8) et le pouls à 128 (au lieu de 136).

La malade a de la diarrhée et un commencement d'eschares au sacrum.

Le 7, T. m. 40,4, T. s. 39,4.

Les 7 et 8 au matin, nous ne voyons pas la malade et prions la famille de faire appeler M. le Dr Levrat de Nantua. Ce dernier continue les injections intra-utérines et prescrit de la quinine en pilules.

Il insiste sur les alcooliques.

Le 8, T. m. 38,4, T. s. 39,3; P. s. 144.

A notre arrivée le soir, la malade est dans un état d'agitation extrême. Plusieurs personnes la maintiennent au lit. Elle crie, chante, jure, insulte les assistants.

Voyant l'aggravation notoire de son état, et sans tenir compte des appréhensions de la famille, nous ordonnons un bain à 25°, demandant qu'on y laisse 10 minutes la malade.

Les cinq premières minutes sont pénibles. L'accouchée se démène et cinq personnes sont nécessaires pour la garder au bain. Le mari désolé nous fait des reproches. Cependant la malade se

---

rayonnants, brûlés, aveuglants, où l'on eût pu installer avec avantage les paillottes des Canaques, Pahouins, Sénégalais et autres équatoriaux dont le teint peut plaisanter avec le soleil.

***

A droite en entrant dans ce qu'on a appelé la « Steppe » est la tente Tollet fraction d'hôpital *temporaire*; à gauche une tente demi-bonnet de police, fraction d'hôpital *de campagne*; il n'eût pas été inutile d'indiquer le dénominatif de cette fraction, est-ce 1/8, 1/3 ou 1/4?

Nous avons été un des promoteurs « du Tollet » avec Arnould Sarrazin Hillairet, le baron Larrey; il est bon de rappeler ces noms de « décidés » alors que tant d'inspecteurs fluctuant et le Conseil de santé ne conseillant rien se tenaient dans une neutralité si exacte et un silence si opaque qu'ils suggéraient des arrière-pensées de sommeil.

Pour peser la valeur sanitaire des deux tentes-fractions il n'y a qu'à s'adresser à un enregistreur impartial par inconscience le thermomètre il marquait à l'intérieur du Tollet 25° et 29° dans l'autre tente.

C'est sans réplique.

Les deux fractions sont à double paroi de toile et parquet démontable; dans la tente Tollet, il y a 12 ouvertures de 1 mètre carré chacune dans l'autre, relevée par le bas comme si l'on ignorait que l'air chaud s'emmagasine dans les « hauts » par ascension il n'y a que deux ou trois petits trous pour évacuer les buées qu'on devrait « appeler » au-dehors. C'est là le secret avec exposition identique sur plaine-chauffoir identique des 4 degrés en plus.

Et ce frais relatif qui a son agrément nous touche moins que la douche de ventilation, l'entrée profuse de l'air dont il est la preuve.

(*A suivre*). Dr Chassagne.

calme : au bout de 10 minutes on la retire du bain et on la couche. La connaissance revient un peu ; cela encourage.

Au bout de 3 heures nouveau bain et ainsi de suite, chaque fois que la température dépasse 39 degrés. Du 8 avril au 13, la malade prend 15 bains. Le délire a disparu. La connaissance est complète.

Le 9. T. m. 38,7, T. s. 39,6.

La sage-femme mise au courant de la technique des injections intra-utérines, à l'aide d'une sonde à double courant laissée par le Dr Levrat. fait 4 lavages intra-utérins d'eau phéniquée par jour.

Le 10, T. m. 38,8, T. s. 39.

Le 11, T. m. 38,4, T. s. 39,2; P. s. 128.

Le soir du 11, nous donnons l'injection intra-utérine. Elle fait baisser la température de 2/10 de degrés.

Nous faisons prendre, en notre présence un bain de 25 degrés durant 10 minutes.

Après le bain, la température tombe à 38,6; le pouls est à 100 (au lieu de 128).

Le 12, T. m. 37,6, T. s. 38,7.

Le 13, T. m. 37,8, T. s. 38,7. Ventre ballonné.

Le 14, T. m. 38,2, T. s. 38,5; P. s. 128.

On cesse les bains. On continue 3 fois par jour les injections intra-utérines.

Le 15, T. m. 39, T. s. 39,1.

La malade se plaint de ses escbares au sacrum. Elle tousse. A l'auscultation on perçoit quelques râles humides aux bases et en arrière.

Le 16, T. m. 38, P. m. 112, T. s. 38,7.

Nous donnons le matin une injection intra-utérine de 4 litres d'eau phéniquée. La température qui était de 38 degrés avant l'injection, tombe après à 37 1/2. De 112 le pouls descend à 100.

Le 17, T. m. 38,2, P. m. 128, T. s. 39.

Pour la première fois, la malade a une selle moulée. La diarrhée a disparu. Aussi bien elle n'avait jamais été combattue que d'une manière peu énergique, par quelques pincées de bismuth prises de temps à autre.

Le 18, T. m. 38,3; P. m. 120.

Nous ordonnons la continuation des injections intra-utérines, une le matin et le soir, si longtemps que la température dépasse 38 degrés.

Le 19, T. m. 38,6, T. s. 37,9.

Le 20, T. m. 37,4, T. s. 38.

Le 21, T. m. 37,6, T. s. 37,9.

Le 22, T. m. 38,1, T. s. 37,6.

A partir de ce jour, la guérison est complète et la température ne dépasse plus 38 degrés.

Obs. IV. — *Septicémie puerpérale. — Délire. — Diarrhée. — Péritonite. — Grands bains à 25° associés aux injections intra-utérines, antiseptiques. — Mort le huitième jour.* — Mme Ben..., 25 ans, multipare, acconche (en présentation du sommet) le 12 avril, à 8 heures du soir. Le 13 au soir, nous voyons la malade. La température est à 37,8. La sage-femme, 14 heures après l'accouchement, a donné, avec une sonde à double courant neuve, une injection intra-utérine de 4 litres d'eau phéniquée.

Le 14, à 2 heures du matin (30 heures après l'accouchement), Mme Ben... est prise d'un frisson durant quelques minutes et suivi de sueurs. Douleurs dans le ventre et mal de tête.

Le 14, T. m. 39,6, T. s. 39.4; P. s. 152.

Les injections intra-utérines phéniquées sont faites 4 fois par jour; dans l'intervalle, injections vaginales. Thé au rhum. Potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine.

Après une injection intra-utérine que nous donnons nous-même l'après-midi, nous constatons une légère élévation.

T. avant, 39,4, T. après 39.5.

Ces élévations de température qui suivent les injections intra-utérines se présentent quelquefois ; elles dépassent rarement 3 ou 4 dixièmes de degrés et sont d'ordinaire transitoires.

Dans notre mémoire présenté à Toulouse nous en avons cité quelques exemples. Il s'agit là sans doute d'accidents septiques dus à des colonies microbiennes qui pénètrent dans le sang au moment de l'injection.

Le 15, T. m. 39, P. m. 140, T. s. 40,3.

Ventre ballonné. Diarrhée abondante. Selles involontaires fétides.

L'injection intra-utérine que nous pratiquons le soir amène une diminution de 7/10 (T. avant 40,3, T. après 39,6.

Le 16, T. m. 40.4, P. m. 120, T. s. 40.

La prostration est grande. La diarrhée continue. Délire léger. Nous prescrivons des bains à 25° toutes les trois heures, pendant 10 minutes, chaque fois que la température dépasse 39°.

Nous assistons à un de ces bains. Au moment de notre arrivée, il y avait 39,4; après le bain, il y a 39° soit une diminution de 4 dixièmes.

Le 17, malgré des prises de bismuth, la diarrhée continue avec selles involontaires. Le ventre est ballonné, tendu, douloureux, la malade a des vomissements continus. Nous prescrivons des pilules d'extrait thébaïque à 1 centigr. une toutes les 2 heures.

Une injection intra-utérine, faite par nous, amène une diminution de 2/10 de degrés (T. avant 38.5, T. après 38,3).

Aussi bien, voici les températures de la journée.

T. à 5 h. du matin	39,6		
— 7 —	38,5	P. m. 120	
— 2 —	40,2		
— 5 —	39,2		
— 8 1/2 —	39,5		

Après les bains, le ventre se détend un peu. La malade est soulagée.

Le 18, l'état est stationnaire, plutôt meilleur.

T. m. 39,2, P. m. 120, T. s. 39,6.

L'injection intra-utérine du matin fait baisser la température de 9/10e (T. avant 39,2, T. après 38,3). Le ventre est toujours tendu et douloureux. La diarrhée a disparu.

Le 19, à 1 heure du matin, T. 39,4; on donne un dernier bain à la malade.

A 5 heures du matin T. 38,4 et à 2 heures de l'après midi, T. 40,7.

Le ventre a grossi démesurément. La malade est très oppressée. Elle a des vomissements noirs, continus, et des sueurs froides. Mort dans la soirée.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Sillon congénital du membre inférieur gauche. Anomalies multiples des doigts des deux mains (syndactylie, ectrodactylie). Excision de la bride. Guérison, par P. Redard, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

L'attention vient d'être de nouveau attirée par quelques observations (Proust, Legroux, F. Leprevost (1), sur l'affection singulière, désignée sous le nom d'aïnhum, sclerodermie annulaire congénitale, sillons congénitaux des membres. Nous croyons utile de rappeler une intéressante observation sur ce sujet que nous avons recueillie, dans notre service du Dispensaire Furtado-Heine.

Le 29 mars 1886, se présente à ma consultation E. H... âgé de deux mois. C'est un jeune garçon vigoureux présentant des difformités multiples. Ses parents, qui n'ont que cet enfant, sont bien conformés, d'une excellente santé, ne paraissant ni alcooliques ni syphilitiques. La grossesse de la mère n'a présenté aucune anomalie ; l'accouchement par présentation du sommet s'est fait normalement. Les parents s'aperçoivent, au moment de la naissance, que leur enfant est atteint des malformations actuelles. Le pied du côté gauche est devenu œdémateux, plus froid.

La tête est régulièrement conformée ; l'examen des différentes régions, n'indique aucune anomalie, les malformations portent

(1) Gazette médicale, 4 mai, 1889, n° 18.

exclusivement sur les deux mains et sur le membre inférieur gauche.

Les orteils du pied gauche existent avec leurs ongles, mais ils sont légèrement atrophiés et sans la forme bien dessinée, très nette, qu'ils offrent du côté opposé. Le pied est plat en léger valgus, très fortement œdématié. La peau est blanche, tendue. La sensibilité paraît bien moindre que du côté opposé. Par la palpation on est frappé de la différence de température qui existe entre les deux pieds. Au moyen du thermomètre on constate qu'il existe une différence de 5°, 5 c.

Pied droit (moyenne)........................ 27°
Pied gauche. — .... 21°,5

Les mouvements dans les articulations du pied et tibio-tarsiennes se font avec une grande facilité.

Le membre inférieur droit est normal, le pied est plat avec un très léger valgus.

Au tiers inférieur de la jambe, (v. fig. A.) à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur se trouve la lésion principale. A ce niveau, en effet, on voit un sillon circulaire absolument régulier, et faisant le tour complet du membre. Ce sillon est très profond, surtout à la partie interne. En écartant les bourrelets supérieur et inférieur, on voit la peau formant sillon légèrement rouge, sans ulcération, on sent au-dessous de la partie la plus superficielle de la peau une bride assez dure, paraissant profonde et enserrant vigoureusement la jambe On ne peut obtenir de glissement de cette bride sous les parties profondes.

La peau du bourrelet supérieur est exactement en contact avec la peau du bourrelet inférieur. et ce n'est qu'avec difficulté que l'on peut, en écartant la peau, apercevoir avec netteté le sillon profond. La peau au dessus du sillon présente les caractères normaux. Le membre mesuré en différents points est légèrement plus volumineux que celui du côté droit. La sensibilité est normale. La température plus élevée de 4 à 5 dixièmes du côté malformé.

La peau au-dessous du sillon est œdématiée, la peau de la région du pied est très notablement plus froide et moins sensible. La circonférence du membre malformé au niveau des malléoles est de 13 centimètres; du côté sain, 15 centimètres.

Les deux mains présentent des malformations intéressantes.

Main gauche. (fig. B.). — Le pouce est normal. L'index est régulièrement conformé avec son ongle, mais il présente à la base un sillon assez profond, circulaire et régulier. Ce doigt ne paraît pas actuellement souffrir dans sa nutrition il n'est pas œdématié; il n'est pas froid; la circulation paraît se faire normalement.

Le médius, l'annulaire et l'auriculaire sont en syndactylie; en écartant le doigt on aperçoit une membrane transparente peu épaisse les réunissant. La première phalange du médius et de l'auriculaire sont atrophiées, sans ongles, à l'état rudimentaire; l'annulaire n'est constitué que par sa troisième phalange qui occupe l'espace formé par le médius et l'auriculaire irrégulièrement réunis à leur extrémité. Les autres parties de la main ne présentent pas d'anomalie. Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont normaux.

Main droite. (fig. C.). — La main droite a une forme très irrégulière. Le petit doigt est bien conformé. L'index présente un sillon absolument semblable à celui observé sur le même doigt de la main gauche. Ce sillon est cependant plus éloigné de l'articulation métacarpo-phalangienne. *L'annulaire manque absolument, régulièrement amputé à sa racine.* Le pouce et le médius atrophiés sont réunis, sans ongle, les phalanges du pouce étant très réduites; ces deux doigts sont situés au-dessous de l'index. Les autres parties de la main ne présentent pas d'anomalie. De cette disposition, il résulte une excavation assez grande à la partie moyenne de la main limitée en dehors par le petit doigt, en dedans par l'index et son sillon, et au-dessous de l'index par le médius et le pouce réunis.

Sachant que l'existence du sillon observé au membre inférieur gauche peut compromettre sa vitalité, notant que la sensibilité est très émoussée, que l'œdème est très considérable, que la température du membre est très abaissée et que ces phénomènes, au dire des parents, ont augmenté depuis la naissance, nous proposons l'excision du sillon constricteur de la jambe gauche.

Cette opération est pratiquée, après anesthésie le 16 juin. A ce moment, l'enfant a cinq mois et son état général est parfait. Notre ami Reclus veut bien nous assister. La bande d'Esmarch modérément serrée étant appliquée, nous pratiquons deux incisions circulaires à 2 centimètres au-dessus et au-dessous du sillon. Une incision perpendiculaire, faite à la partie externe du membre,



réunit les deux incisions primitives. Nous détachons alors avec une très grande facilité une bandelette de peau de 3 cent. 1/2 qui contient la bride profonde : la dissection est un peu plus laborieuse à la partie interne du membre, le sillon, ainsi que nous l'avons signalé, étant plus profond à ce niveau. L'aponévrose sous-jacente très intimement adhérente à la peau est déprimée; elle forme sillon et nous avons soin de l'entamer et d'en enlever toutes les parties faisant sillon. Il n'y a pas d'hémorrhagie, pas de ligature nécessaire. Le drainage est pratiqué avec du fil de Florence, une dizaine de crins entourent le membre et sont fixés à la partie déclive et postérieure.

La surface de section supérieure s'adapte très exactement à la surface inférieure. Réunion au moyen de dix points de suture au

crin de Florence. Pansement à l'iodoforme avec couche de onate exerçant une très légère constriction.

Les suites de l'opération furent extrêmement simples. L'enfant n'a jamais en de fièvre, ni aucun autre accident. Au bout de six jours, la réunion est complète ; nous enlevons les crins et le drainage. An huitième jour la cicatrisation est absolne.

L'examen de la bride enlevée, pratiqué par notre ami Suchard (du Collège de France) indique que l'épiderme n'a pas subi de modifications. Les lésions principales existent dans le tissu conjonctif sous-dermique. « Ce tissu conjonctif, nous dit Suchard, présentait la sclérose que j'ai indiquée comme lésion dominante de cette affection, en 1880, à la Société anatomique. »

Depuis l'opération, le pied a notablement diminué de volume ; la chaleur est revenue.

Cette observation nous paraît intéressante par plusieurs points.

D'abord le succès opératoire de l'ablation complète dn sillon constricteur, suivi du rétablissement des fonctions dn segment du membre étranglé par ce sillon.

Ce cas réunit en outre toutes les particularités signalées dans les observations semblables, très rares il est vrai, particnlièrement celles de Reclus, de Jeannel. On remarquera surtout la syndactylie supérieure, témoignant d'une véritable greffe intra-utérine des doigts, l'ectrodactylie, conséquence probable des sillons de la main, sillons que l'on retrouve du reste au deux index.

Ce fait vient à l'appni de la théorie, soutenue par Reclus, que les sillons congénitaux sont des lésions pathologiques, du genre sclérodermie. Notre analyse histologique confirme absolument cette opinion. Les sillons des membres ou des doigts d'origine mécanique sont absolument exceptionnels, et cette théorie ne pourrait être soutenue pour notre cas particulier. Il ne nous paraît pas utile d'entrer dans une longue discussion sur ce point.

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU PANCRÉAS.

I. — DES SUITES DE L'EXTIRPATION DU PANCRÉAS CHEZ LES ANIMAUX, par le Dr MARTINOTTI. *La Riforma medica*, 1888, p. 192

II. — DU DIABÈTE SUCRÉ CONSÉCUTIF A L'EXTIRPATION DU PANCRÉAS, par J. V. MERING et O. MINKOWSKI. *Centralblatt für Klin. Medicin*, 1889, n° 23.

III. — SUR LA GLYCOSURIE SYMPTOMATIQUE DES AFFECTIONS DU PANCRÉAS, par le Dr F. VON ACKEREN, assistant du professeur GERHARDT. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n°14, p. 293.

IV. — UN CAS DE SELLES GRAISSEUSES AVEC GLYCOSURIE CONCOMITANTE, par C. LE NOBEL. *Deutsche Archiv. für Klin. Chirurgie*, T. XLIII, fasc. 2 et 3, p. 285.

V. — LE PANCRÉAS ET LES SELLES ARGILEUSES, par le Dr WALKER. *Practionner*, mai 1889.

I. — En se fondant sur les résultats de ses expériences personnelles, M. Martinotti conclut, contrairement à l'opinion couramment admise par les physiologistes, qu'on peut extirper le pancréas à des chiens, sans que cette mutilation entraîne forcément des troubles des fonctions digestives et de la croissance. Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire de prendre certaines précautions : de prévenir le développement d'une péritonite infectieuse en faisant l'antisepsie avec une parfaite rigueur ; de prévenir la gangrène du duodénum, en opérant de telle sorte qu'une portion suffisante de vaisseaux artériels et veineux destinés à cette portion de l'intestin reste perméable ; d'épargner aux animaux des pertes de sang trop abondantes, grâce à une hémostase bien entendne. Enfin, en opérant sur des animaux à jeun, et avec nne aussi grande rapidité que possible, on diminue les chances de shock traumatique, accident qn'il n'est pas tonjours possible d'empêcher. Dn reste, l'anteur est convaincu que le danger, dans les cas d'extirpation dn pancréas, dépend moins de la gravité de l'intervention chirurgicale considérée en elle-même et des tronbles digestifs subséquents, que des conditions dans lesqnelles s'effectue la réunion de la plaie opératoire, et qui sont telles que les anses intestinales sont exposées à des tiraillements et à l'étranglement, par suite de qnoi la progression des aliments à travers le tube digestif se tronve entravée.

II. — M. von Mering et Minkowski, qui ont également expérimenté sur des chiens, sont arrivés à de tontes autres conclusions, relativement aux conséquences de l'extirpation dn pancréas. D'après les deux anteurs qne nous citons, l'extirpation du pancréas entraîne tonjours à sa suite un diabète caractérisé par de la polyurie, de la polyphagie et de la polydypsie ; les animaux dépérissent, malgré qu'ils mangent davantage que dans les circonstances physiologiques. On constate que leur sang contient une proportion relativement considérable de glycose : l'urine renferme de l'acétone, indépendamment du sucre ; la proportion de glycogène contenu dans les organes diminue progressivement. Au bout de quelques semaines, les animaux succombent dans le marasme. Le ganglion solaire ayant été tronvé intact à l'autopsie des animaux qui avaient servi à ces experiences, force est de conclure que le diabète survenu dans ces conditions était une conséquence directe de l'extirpation du pancréas.

III. — Depuis longtemps d'ailleurs, la clinique a démontré qu'il existe des rapports indéniables entre certaines lésions du pancréas et le diabète. D'autre part, les recherches de Musculus et von Mering (*Zeitschrift für physiologische Chemie* t. I) ont démontré que le suc pancréatique renferme le ferment diastasique par excellence. C'est très vraisemblablement le suc pancréatique qui opère la transformation en glycose de la maltose formée aux dépens des hydrocarbures contenus dans les aliments. Or, dans l'observation de M. von Ackeren, curieuse à plus d'un titre, on a précisément constaté la présence de la maltose dans les urines, chez un sujet porteur d'une lésion du pancréas.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, bien portant jusqu'au printemps 1883, et qui devint sujet à partir de là à de violentes douleurs gastralgiques. Les crises éclataient dans les intervalles des repas. En outre, le malade se mit à vomir ; il vint en proie à une constipation opiniâtre. Après une période de répit, ces accidents se reproduisirent au mois de juin 1888. Le malade maigrit rapidement. A son entrée à l'hôpital (7 août), il ne pesait plus que 48 kilogr. Il avait la peau sèche, jaunâtre, le foie était diminué de volume. A droite et un peu an-dessus de l'ombilic, on sentait à la palpation une tumeur bosselée, dure, douloureuse à la pression, mobile dans le sens transversal. Après introduction d'une sonde stomacale, le malade rendit environ un demi-litre d'un liquide teinté en brun sale. Aussitôt après, la tumeur s'était déplacée ; elle occupait maintenant l'espace compris entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes à gauche. Le contenu de l'estomac, examiné par les réactifs appropriés, renfermait une forte proportion d'acide chlorhydrique. L'urine était rare, et ne renfermait ni sucre ni albumine.

Le traitement consista dans le lavage quotidien de l'estomac et dans l'administration de lavements de glycérine. L'état du

malade ne fit qu'empirer. A partir du mois de septembre, se développa un œdème des membres inférieurs, qui remonta peu à peu, se compliquant dans la suite, d'ascite et d'hydrothorax. Le contenu de l'estomac renfermait toujours une assez forte proportion d'acide chlorhydrique. Les urines, qui étaient devenues plus abondantes, malgré les œdèmes, contenaient de la maltose et de l'indican, mais point d'acides biliaires. Les matières fécales n'étaient pas mélangées de graisses indigérées, mais par contre, on y trouva un grand nombre de fibres musculaires striées.

Le malade succomba dans la cachexie. Les résultats de l'examen nécroscopique peuvent se résumer dans ces quelques mots : carcinome ulcéré de la région pylorique, foyers métastatiques dans les ganglions rétropéritonéaux; dans le pancréas, deux gros ganglions carcinomateux occupant l'un la queue, l'autre, le plus volumineux, la tête de l'organe.

Un premier point intéressant, relevé par l'auteur, est relatif à la présence d'une forte proportion d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, chez un sujet porteur d'un cancer de cet organe. Il ne manque plus aujourd'hui de faits cliniques démontrant que la constatation de l'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac n'est pas une preuve suffisante de la non-existence d'un cancer de cet organe.

En second lieu, le patient, à une certaine période de sa maladie, a présenté des symptômes en rapport avec une affection du pancréas et c'est sans doute de cette époque que datait l'apparition de foyers cancéreux métastatiques dans le pancréas. Les symptômes en question étaient : la constatation de fibres musculaires striées dans les matières fécales, l'absence de trypsine, enfin la présence de la maltose dans les urines.

Le fait que les selles du malade ne contenaient pas de graisses indigérées ne saurait être considéré comme un argument contre l'existence d'une affection du pancréas. Dans un travail assez récent (*Zeitschrift fur Klin. Medicin*, t. XII, fasc. 1 et 2), F. Muller a montré que les altérations du pancréas ne troublent pas par elles-mêmes la résorption des graisses. Dans presque tous les cas réunis par M. Muller et où, dans le cours d'une affection pancréatique, les fèces contenaient des graisses indigérées, il existait de l'ictère, voire aussi des affections intestinales de diverses natures. Bref, la constatation des selles graisseuses serait sans valeur eu égard au diagnostic des affections du pancréas.

Il n'en serait pas tout à fait de même de la richesse des matières fécales en acides gras saponifiés ou non. D'après les recherches de M. Muller, cette richesse diminue sensiblement dans les cas d'affections pancréatiques, preuve que le dédoublement des graisses dans l'intestin ne se fait plus comme à l'état normal.

Incidemment, M. von Ackeren a rappelé que dans une observation publiée par Le Nobel (*Der Diabetes mellitus*, Berlin, 1875, p. 134), on trouve noté également la présence de la maltose dans les urines, la présence de fibres musculaires striées dans les matières fécales, et l'absence d'acides gras dans ces dernières; mais l'autopsie du malade n'ayant pu être faite, on n'a pu porter qu'un diagnostic de probabilité.

IV. — M. Le Nobel est revenu sur cette observation, dans le travail cité plus haut. Il a publié les résultats détaillés fournis par l'analyse chimique des matières fécales du malade en question, et il a conclu finalement que le diagnostic d'une affection du pancréas devait être basé sur l'association des trois éléments qui suivent :

1° Absence de produits de putréfaction dans les matières fécales, c'est-à-dire absence d'indol, de scatol, etc.;

2° Présence dans les urines, de substances sucrées qui donnent les réactions de la maltose;

3° Et surtout absence dans les matières fécales de sels formés par les acides gras.

M. Le Nobel incline à attribuer à ce dernier signe une valeur pathognomonique.

V. — M. Walker publie les observations de deux malades qui, pendant tout le cours de leur vie, avaient eu des selles argileuses, sans ictère concomitant. Le diagnostic porté par M. Walker, du vivant des malades — obstruction du canal pancréatique avec perméabilité du canal cholédoque — a été confirmé par l'autopsie. En se fondant sur ces deux faits et d'autres empruntés à différents auteurs, M. Walker est arrivé à conclure que :

1° Les selles décolorées, argileuses, ne sont pas toujours l'indice d'une affection du foie ou d'une obstruction du canal cholédoque;

2° La formation de l'hydrobilirubine, qui colore les matières fécales, dépend de l'action réciproque qu'exercent l'un sur l'autre le suc pancréatique et la bile, et qui a pour siège l'intestin;

3° Dans certaines maladies, la décoloration des matières fécales peut dépendre de l'absence de bile ou de l'absence de sucre pancréatique dans l'intestin;

4° Quand une partie seulement des matières colorantes biliaires transformées apparaît dans les fèces sous forme d'hydrobilirubine, alors que la bilirubine, la bilifuxine et la biliverdine sont résorbées, l'hydrobilirubine ne peut se former qu'avec intervention du suc pancréatique; celui-ci semble être en quelque sorte le régulateur qui décide quelle quantité de bile sera éliminée avec les matières fécales et quelle quantité sera résorbée. E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LES AGENTS PROVOCATEURS DE L'HYSTÉRIE, par Georges GUINON, in-8° de 302 pages. Paris 1889. Librairie du *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, éditeur.

Sous le nom d'*agents provocateurs*, l'auteur désigne toute une série de causes présidant au développement de l'hystérie et dont l'étude a fait dans ces derniers temps de grands progrès, grâce surtout à l'impulsion donnée par l'école de la Salpêtrière sous la direction de son chef, M. le professeur Charcot.

C'est à l'étude purement clinique de ces agents provocateurs, étude basée sur un grand nombre d'observations, tant anciennes que nouvelles, tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs, que M. Georges Guinon consacre la première partie de son travail. Nous ne pouvons le suivre ici dans les longs développements qu'entraîne un pareil sujet; qu'il nous suffise seulement d'énumérer la plupart des agents provocateurs auxquels l'auteur attribue, pièces en main, un rôle dans le développement de la névrose hystérique. Ce sont d'abord les *émotions morales*, les *tentatives d'hypnotisation* suivies ou non de résultat; le *shock nerveux: traumatisme, tremblement de terre, choc de la foudre*; certaines *maladies aiguës infectieuses: fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, rhumatisme articulaire*, quelques *maladies chroniques : diabète, impaludisme, syphilis*; certains *états morbides caractérisés par un affaiblissement considérable du malade: hémorrhagies, anémie et chlorose, onanisme* et *excès vénériens*; *surmenage physique intellectuel*, les *intoxi-*

cations chroniques : saturnisme, alcoolisme, hydrargyrisme, empoisonnement chronique par le *sulfure de carbone*, et *aiguës* en particulier *l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme*; *les maladies de l'appareil génital*; enfin quelques *affections du système nerveux, sclérose en plaques, maladie de Friedreich, tabes dorsal, myopathie progressive primitive, compression lente de la moelle dans le cas de mal de Pott.* Comme il est facile de le voir par cette simple énumération, quelques-uns de ces agents provocateurs sont connus depuis longtemps. Quant aux autres, leur rôle dans la genèse de l'hystérie n'est établi que depuis peu. Il était évident cependant qu'ils avaient dû de tout temps provoquer la névrose hystérique. Il y avait là un petit point de critique historique intéressant à élucider et l'auteur n'a pas manqué de le faire. Recherchant, souvent avec succès, dans les auteurs anciens des exemples se rapportant au sujet, il nous montre que souvent l'hystérie n'a pas été diagnostiquée, et que lorsqu'elle l'a été, on n'a pas su la rapporter à sa véritable cause, et cela toujours par une erreur d'interprétation provenant de ce qu'on ne savait pas juger à sa juste valeur le rôle étiologique de ces divers facteurs dans le développement de la névrose.

Les uns, en effet, pensant que tous les phénomènes observés étaient réellement symptomatiques de l'état morbide dont ils dépendaient étiologiquement, ne pouvaient imaginer, et en cela ils étaient dans le vrai, que l'hystérie fût symptomatique de quoi que ce soit et alors ils niaient l'hystérie. D'autres, reconnaissaient bien l'hystérie, mais ne comprenaient pas le rôle véritable de l'agent provocateur ou passaient à côté sans le voir. De là des interprétations fausses donnant lieu à la description soit de névroses traumatiques ou toxiques spéciales, soit d'hystéries symptomatiques du traumatisme, du saturnisme, de l'hydrargyrisme, etc. La seconde partie du travail de M. Georges Guinon est consacrée en partie à la réfutation de ces théories erronées. Pour arriver à ce but, l'auteur nous montre tout d'abord que dans tous les cas qu'il a passés en revue, c'est bien d'hystérie qu'il s'agit et de rien autre chose. Cette affirmation est clairement prouvée par l'étude des faits cliniques. Seulement, à l'hystérie développée sous l'influence des mêmes causes provocatrices, peuvent s'ajouter souvent d'autres névroses, et en particulier la neurasthénie. Les cas complexes décrits par les auteurs allemands, et dans lesquels on rencontre des symptômes appartenant à l'une et à l'autre de ces affections ne sont en réalité que des combinaisons des deux névroses et nullement des cas spéciaux nécessitant une place à part en nosographie. Cela est facile à comprendre si l'on veut bien considérer, ainsi que le fait remarquer M. Georges Guinon, que les agents provocateurs ne sont rien autre chose que de vulgaires causes occasionnelles que l'on rencontre à tout instant en pathologie générale et qui favorisent, l'éclosion non seulement de l'hystérie et de la neurasthénie, par exemple, mais même de maladies organiques ou infectieuses. Seulement l'influence de l'agent provocateur, en ce qui concerne l'hystérie du moins, se fait souvent sentir par ce fait qu'elle imprime fréquemment aux manifestations de la névrose un cachet spécial et différent pour chacun d'entre eux. C'est ainsi qu'un saturnin peut faire une paralysie hystérique simulant la paralysie saturnine vraie, un syphilitique souffrir d'une *algie* hystérique semblable comme forme à la céphalée spécifique. Mais cette modalité imprimée à la marche de l'hystérie est toujours accessoire et derrière la manifestation qui semble spéciale à première vue, on retrouve toujours l'hystérie, type morbide défini, avec ses stigmates et sa manière d'être. Il n'y a jamais là qu'une apparence.

L'auteur s'occupe ensuite des divers modes de développement de l'hystérie sous l'influence des agents provocateurs. Il existe des cas à éclosion rapide et des cas à incubation longue. Parmi ces derniers, il s'en trouve dans lesquels la névrose ne fait son apparition que des mois et quelquefois des années après l'action de l'agent provocateur. C'est là un point fort intéressant et qui n'avait pas encore été suffisamment mis en lumière. Quant au mode d'action des agents provocateurs, M. Georges Guinon admet le mécanisme par auto-suggestion pour la grande majorité des cas. Pour ceux qui ne sont pas justiciables de ce mode pathogénique, il émet l'hypothèse d'un trouble général de la nutrition, portant en partie sur la nutrition du système nerveux.

Cet intéressant volume a été écrit sous l'inspiration de M. le professeur Charcot et c'est, on peut le dire, un des bons travaux qui soient sortis de l'école de la Salpêtrière. Il est basé sur une série de 85 observations tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs. Les observations personnelles sont prises avec tout le soin que mérite l'étude de cet intéressant sujet; la plupart sont accompagnées de schémas indiquant l'état de la sensibilité et celui du champ visuel. De plus, il y a à la fin du volume un *index bibliographique* d'une étendue considérable qui montre que l'auteur a tenu à ne rien laisser passer de ce qui touchait à son sujet. On y trouvera les sources d'un très grand nombre de mémoires dont l'indication serait parfois difficile à se procurer, et il y a là véritablement un recueil de documents français et étrangers que l'on pourra souvent consulter avec fruit, en ce qui concerne cette question, encore tout à l'ordre du jour, des agents provocateurs de l'hystérie.

A. DUTIL.

BULLETIN

AUTONOMIE DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — INFLUENCE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE LIQUIDE TESTICULAIRE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE.

L'autonomie du corps de santé militaire était, pour nos confrères de l'armée, une question extrêmement importante, au sujet de laquelle différents projets avaient été proposés, discutés, puis écartés, par suite du manque d'accord entre les pouvoirs chargés d'en arrêter les termes définitifs. Aujourd'hui cette question a reçu une solution définitive qui ne peut manquer d'éveiller un sentiment de satisfaction chez les intéressés. En effet, la loi récemment votée consacre d'une manière à peu près complète le principe d'indépendance invoqué depuis longtemps comme la condition *sine qua non* de la liberté d'action, reconnue indispensable au médecin d'armée. Cette indépendance ne va pourtant pas jusqu'à soustraire nos confrères à l'autorité du commandement supérieur; elle laisse subsister la subordination qui, à tous les degrés de la hiérarchie, est nécessaire au fonctionnement des rouages de ce grand organisme qui s'appelle l'armée. Mais telle qu'elle est pourtant, elle confère au corps de santé l'autonomie si souvent réclamée, et en même temps elle le met en demeure d'exercer tout le zèle et de produire tout le bien qu'on est en droit d'attendre de lui dans des circonstances graves qui peuvent survenir d'un moment à l'autre.

Dans un article publié par le *Bulletin médical*, le Dr Noël a fait ressortir les avantages que le nouveau texte de loi entraîne avec lui et grâce auxquels le service de santé complètement armé, pourra désormais mener à bien la lourde

tâche dont il s'est chargé. Comme contre-partie à ces avantages incontestables, il y a pour nos confrères de l'armée un accroissement de responsabilité et le sentiment des difficultés réelles qu'une situation relativement privilégiée peut faire naître pour eux vis-à-vis des autres grades moins favorisés. Mais, nous sommes d'avance persuadés qu'ils feront face à toutes les obligations crées par la nouvelle loi et que toutes les rivalites s'évanouiront d'elles-mêmes devant l'exemple fourni par l'accomplissement quotidien du devoir et la soumission commune à cet emblême de ralliement qui s'appelle le drapeau.

— On a pu se rendre compte, par la lecture des journaux et des revues, de l'impression de curiosite que la récente communication de M. Brown-Séquard a fait naître. La nouveauté, l'étrangeté des faits annoncés par l'honorable professeur, la singularité des résultats constatés sur lui-même, étaient bien faits pour provoquer l'étonnement chez les gens du monde, et même chez ceux qui font métier d'approfondir les choses de la physiologie. Ces résultats inattendus ont provoqué chez le plus grand nombre un sentiment de scepticisme et d'incrédulité, chez d'autres, le désir légitime de voir opposer le contrôle d'une expérimentation plus étendue, à l'admission prématurée de faits en apparence invraisemblables.

C'est sans doute cette dernière préoccupation qui a inspiré les expériences que M. Variot est venu exposer devant la Société de biologie. Les recherches de M. Variot ont porté sur trois sujets, d'âges divers, mais offrant tous trois ces conditions d'affaiblissement et d'hyposthénisation qui semblent constituer les véritables indications de l'application de la méthode. Remarque importante, aucun d'eux n'avait entendu parler des recherches précitées dont la connaissance préalable eût pu influencer le système nerveux dans le sens d'une véritable auto-suggestion et altérer ainsi l'interprétation des faits observés. L'injection de liquide testiculaire prélevé sur des lapins et des cobayes, a produit chez ces individus des résultats assez analogues à ceux que M. Brown-Séquard a constatés sur lui-même : état d'excitation nerveuse générale, avec augmentation de la force musculaire, régularisation des fonctions viscérales, excitation cérébrale et génitale assez marquée chez deux des sujets, nonobstant leur âge avancé. Ces divers phénomènes se sont affirmés nettement et les individus en expérience les ont traduits avec une vivacité d'expression qui était un témoignage indubitable de la sincérité de leurs impressions. Quant à l'effet local des injections, rien d'autre à noter qu'une douleur assez vive : aucune trace d'inflammation immédiate ou consécutive. Cette innocuité peut être attribuée aux précautions antiseptiques prises avant l'introduction du liquide testiculaire sous la peau.

Les observations de M. Variot viennent donc à l'appui de celles de M. Brown-Séquard. Mais leur nombre est encore trop restreint pour que l'on puisse fonder sur elles une théorie satisfaisante du mode d'action physiologique du liquide testiculaire. Etant écartée l'hypothèse de l'auto-suggestion, inacceptable vis-à-vis de malades tenus dans l'ignorance absolue de la provenance du liquide employé et du but de l'injection, on ne peut guère admettre d'autre explication que celle qui invoque une influence spéciale, de nature excitatrice, exercée par le suc testiculaire sur la modalité fonctionnelle des centres nerveux. En définitive, le rôle de l'injection se rapprocherait de celui qui appartient aux substances appelées dynamophores, comme le thé, l'alcool, le café, dont l'effet tonifiant sur l'organisme doit être imputé uniquement à l'impression excitante qu'elles exercent sur l'appareil cérébro-médullaire. Et il se rattacherait par là d'une manière étroite à cette grande question, si obscure encore, de la dynamogéine des centres nerveux. Voilà l'hypothèse qui nous apparaît dès maintenant comme la plus vraisemblable, comme la plus conforme aux données de la physiologie. Mais dans une question aussi complexe, il convient de se défier des théories hâtives et c'est pourquoi nous nous associons aux réserves que M. Brown-Séquard lui-même, l'initiateur de ces faits, a cru devoir formuler jusqu'à plus ample information.

L'étude biologique du microbe de la diphtérie, la recherche des moyens propres à guérir cette redontable maladie et à restreindre ses ravages, constituent deux questions d'ordre capital et comme telles dignes de stimuler l'esprit d'investigation qui est vraiment la caractéristique de notre époque. Dans notre précédent bulletin nous nous sommes déjà efforcés de mettre en relief l'importance des faits découverts par MM. Roux et Yersin concernant le mécanisme de l'infection diphtéritique. En regard des recherches poursuivies par ces laborieux observateurs, nous pouvons placer les expériences plus récentes dont MM. Chantemesse et Widal viennent d'exposer les résultats devant la Société de médecine publique. Ces expériences ont pour point de départ les deux propositions suivantes : La diphtérie est une maladie qui commence par une *infection locale* susceptible de généralisation : le danger de la diphtérie provient de la résorption des substances toxiques, élaborées par le bacille déposé à la surface des membranes muqueuses. Ces deux affirmations étant reconnues exactes, et elles sont conformes à l'opinion régnante, il est clair que la thérapeutique de la diphtérie doit reposer avant tout sur le traitement local. L'attention du médecin devra se porter désormais tout entière sur la détermination et la mise en œuvre des moyens les plus propres à détruire sur place le poison diphtéritique, à l'étouffer dans son œuf, pour ainsi dire, de manière à rendre impossible l'infection générale ultérieure de l'organisme envahi. En termes plus simples, il faut arrêter le mal localement, et le plus vite possible.

Telle est la préoccupation évidente qui a inspiré MM. Chantemesse et Widal, dont les recherches ont eu pour but la détermination exacte du pouvoir antiseptique d'un certain nombre de substances réputées aptes à arrêter le développement du bacille et à neutraliser le virus qu'il secrète. Distinguant avec soin ces deux faits — prolifération du bacille pathogène — activite virulente de ce même bacille — faits qui ne sont pas rigoureusement connexes, mais jusqu'à un certain point indépendants l'un de l'autre, ils ont recherché, par la méthode de l'ensemencement dans des tubes propres à la culture, la valeur stérilisante respective des divers antiseptiques proposés et visités. Leurs expériences ont porté sur un grand nombre de substances. Les résultats très précis, sont de nature à détruire les illusions que l'on avait pu se faire sur l'efficacité de la plupart d'entre elles, même les plus réputées. C'est ainsi que l'eau de chaux, le tannin, le salol, l'acide salicylique, le biiodure de mercure ont été reconnus par MM. Chantemesse et Widal comme impuissants à entraver d'une manière sensible la vitalité du bacille de Klebs : aucune de ces substances n'a pu arrêter le développement des cultures qui s'affirmait au contraire très apparent dans les bouillons d'épreuves. En revanche MM. Chantemesse et Widal ont obtenu des résultats satisfaisants avec d'autres mélanges antiseptiques récemment préconisés par Soudez (de Romorantin), par Gaucher, par Bouchard : acide phénique pur associé au camphre, à l'acide tartrique, naphtol camphré, etc. Ces composés ont produit sur les tubes de culture une action sterilisante extrêmement nette.

Peut-on dès aujourd'hui tirer une conclusion pratique de

ces expériences? Provisoirement nous dounerons une réponse négative, attendu qu'elles n'ont pas dépassé encore le domaine du laboratoire : il leur reste à subir la redoutable et décisive épreuve de l'application clinique.

Néanmoins leur portée est déjà grande par elle-même, car elles viennent apporter un argument de plus en faveur de l'importance prépondérante des cautérisations, comme moyen à intervenir dès le début de l'infection diphtéritique. Ne fût-ce qu'à ce titre, elles mériteraient de prendre rang à côté des belles recherches qui ont rendu les noms de MM. Roux et Yersin désormais inséparables de l'histoire de la diphtérie.

P. Muselier.

HYGIÈNE

UN NOUVEAU FILTRE.

Tout le monde aujourd'hui connaît l'influence désastreuse d'une eau impure sur l'économie et les graves inconvénients qui trop souvent en résultent pour la santé publique. Il suffit de rappeler des épidémies récentes de *fièvre typhoïde*, observée à Auxerre, à Pierrefonds, à Saint-Denis et, mieux encore, de suivre la marche de cette maladie dans les quartiers de Paris où se distribue l'eau de Seine quand celle de source devient insuffisante.

Si l'hygiène exige impérieusement l'emploi d'une eau primitivement pure ou tout au moins purifiée, quels sont les moyens les plus propres à fournir un résultat à tous égards si désirable? On est conduit à répondre que dans l'état actuel de la science, le filtrage seul constitue un procédé pratique de purifier l'eau de boissons et ceci explique le soin, l'ardeur même avec laquelle savants et ingénieurs de tous les pays se sont livrés à l'étude de cette importante question.

Jusqu'à ces dernières années, les filtres étaient fort imparfaits, bons tout au plus à retirer les grosses impuretés, sans arrêter en rien le passage des micro organismes, justement les seuls dangereux. Le sable, le coke, le charbon, le grés en formaient les éléments constitutifs.

Mais ces appareils, d'un nettoyage à peu près impossible, devenaient rapidement des agents de contamination de l'eau et par conséquent une source de dangers, l'expérience ayant démontré que mieux vaut n'avoir pas de filtre qu'un filtre sale, puisque celui-ci peut ajouter à l'eau des impuretés qu'elle n'avait pas.

Un progrès très sérieux fut réalisé il y a quelques années par M. Chamberland. Ce savant construisit le filtre auquel il a donné son nom sur le principe de la filtration des liquides virulents à travers la porcelaine dégourdie qui retient les bactérides et les vibrions.

L'eau qui sort de cet appareil est stérilisée, du moins quand il est neuf ou bien entretenu. Ces qualités jointes à l'appoint des noms de Pasteur, sous le patronage duquel il fut placé ont conquis au filtre Chamberland tout à la fois rapide fortune et brillante notoriété.

On ne saurait lui dénier cependant quelques inconvénients faciles à mettre en évidence.

Et tout d'abord son débit est insignifiant à moins qu'on n'accumule un grand nombre de bougies, ce qui rend alors l'appareil compliqué et coûteux, par conséquent hors de la portée du grand public. De plus, son entretien et son nettoyage offrent des difficultés inhérentes à la fragilité des organes qu'on ne peut manier sans un luxe de précautions auxquelles tout le monde ne saurait s'astreindre.

L'expérience nous a montré que dans bon nombre de maisons, le filtre n'était presque jamais nettoyé et dans ces conditions l'eau qu'il fournit ne tarde pas d'être contaminé, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre.

Un pas en avant dans la voie du progrès nous semble obtenu par l'invention relativement récente d'un appareil qui joint aux avantages du filtre Chamberland le rare mérite d'éviter tous les inconvénients que nous reprochons à celui-ci.

Construit il y a quelques années par MM. Vanale et Brisse, récompensé d'une médaille d'or a la dernière exposition d'hygiène, ce filtre est basé sur l'épuration de l'eau à travers deux disques superposés de porcelaine et de charbon, ce dernier produisant un filtrage chimique, *après* le filtrage mécanique de l'eau par le disque poreux.

Ici, les organes sont épais, robustes, susceptibles de résister à tous les chocs, l'enveloppe extérieure en fonte émaillée a la forme d'un cylindre aplati qui permet de le placer facilement en un point quelconque de l'appartement.

L'eau fournie est assez abondante (300 litres en moyenne par 24 heures) pour satisfaire aux besoins d'un ménage. S'il en est besoin, des appareils d'un plus grand diamètre peuvent permettre d'augmenter considérablement ce débit. Sa pureté est parfaite ainsi qu'en témoignent les analyses et les examens microscopiques émanés du Laboratoire municipal et que nous avons eus sous les yeux. Enfin, qualité inappréciable dans la pratique, l'appareil se nettoie de lui même, automatiquement, par une disposition ingénieuse qui constitue à elle seule une vraie trouvaille. Un robinet, placé au bas de l'appareil, donne l'eau non filtrée qui, par son passage sur la face extérieure du disque de porcelaine, enlève les résidus des filtrages précédents. Si, à ce moment on ferme le robinet de l'eau filtrée, celle-ci sous l'influence de la pression atmosphérique passe à travers les disques en sens inverse du chemin déjà parcouru et chasse les impuretés accumulées dans leur épaisseur.

Ajoutons pour terminer, qu'un filtre de ce modèle fonctionne chez nous depuis plusieurs mois, expérience plus que suffisante pour nous permettre de porter un jugement définitif sur le filtre de MM. Vanale et Brisse dont nous sommes admirateurs sincères et convaincus.

Dr G. Biron.

NOTES ET INFORMATIONS

— Congrès international d'hydrologie et de climatologie — *Deuxième session.* — *Paris.* — Ainsi qu'une précédente circulaire l'a annoncé, la deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Paris le jeudi 3 octobre prochain.

Les séances générales se tiendront du palais du Trocadéro, les séances de sections à la Faculté de médecine.

A dater du mardi matin 1er octobre, le secrétariat du Congrès, installé dans la salle des thèses de la Faculté de médecine, resta ouvert de 9 heures à midi, et de 2 heures à 5 heures. Les membres du Congrès sont priés de s'y présenter, dès leur arrivée, pour faire timbrer ou retirer leur carte, donner leur adresse, fournir ou recevoir les renseignements qui, de part et d'autre, pourront être nécessaires.

D'une manière générale, et sauf décision contraire prise par le bureau des sections, les séances du matin seront consacrées à l'étude des questions proposées par le Comité d'organisation, et les séances de l'après-midi à la lecture des travaux laissés à l'initiative des membres du Congrès.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est a accordé une réduction de 50 0/0 pour la grande excursion dans les Vosges.

Les dames sont admises à faire partie du Congrès aux conditions indiquées. Elles devront donc adresser leur adhésion, avec un mandat sur la poste de 20 francs, au trésorier du Congrès, M. O. Doin.

Les rapports sur les questions proposées par le Comité d'organisation sont actuellement sous presse. Ainsi qu'il a été dit dans la précédente circulaire, ils seront adressés, avec un exemplaire du règlement, *exclusivement* aux membres adhérents. Il importe donc que tous ceux qui vondront participer au Congrès envoient sans plus de retard leur adhésion et leur cotisation. Ils devront y joindre, s'il y a lieu, le titre et les conclusions des travaux qu'ils se proposent de sonmettre au Congrès.

N. B. — *Les communications* ou demandes de renseignements doivent être adressées au *secrétaire général*, M. le Dr F. de Ranse, à Paris, avenue Montaigne, 53, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Les adhésions, accompagnées d'un mandat sur la poste de *vingt francs*, doivent être adressées au *trésorier du Congrès*, M. O. Doin, libraire-éditeur, à Paris, place de l'Odéon, 8.

NOUVELLES

Faculté de médecine. — Par arrêté ministériel, en date du 8 juillet, sont attachés aux facultés ci-après, désignées les agrégés dont les noms suivent : *Faculté de Paris.* M. Weiss, (physique Fauconnier, (chimie) ; *Faculté de Montpellier.* M. Lecercle, (physique); *Faculté de Bordeaux.* M. Denigès (chimie), Barthe (pharmacie).

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le sommeil provoqué et ses états analogues, par le docteur A. Liebeault (de Nancy). Un vol. in-18 jésus de 325 pages. Prix : 4 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 AU SAMEDI 6 JUILLET 1889.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 3. — Rongeole, 16. — Scarlatine. 1. — Coquelnche, 11.—Diphtérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses, 49. — Autres, 3. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50 — Paralysie, 4. — Ramollissement céréhral, 9. —Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë. 16. — Bronchite chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 10. — Pneumonie, 31. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 16 —Biberon, 97. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 20. — Suicides, 20.—Autres morts violentes, 14.—Autres causes de mort, 143.—Causes inconnues, 8. —Total : 907.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

(*Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur Charcot.)

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE MAJEURE ET MORPHINOMANIE COMBINÉES.

(Leçon recueillie par M. A. Dutil, interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Vous avez devant vous un malade qui présente trois éléments nosographiques superposés, combinés, mais qui ne se confondent pas. Ils vivent là, séparés, chacun pour son compte. Le premier de ces éléments est l'Épilepsie vraie, le mal comitial ; le second, c'est l'Hystéro-épilepsie à crises mixtes ou Grande Hysterie, et enfin une névrose artificielle que le malade a créée lui-même, une névrose toxique, la Morphinomanie.

Il est clair que de cet assemblage d'espèces morbides résulte un état complexe, une confusion de symptômes qui au premier abord paraît inextricable. Cependant, je crois pouvoir vous dire qu'à l'aide de l'analyse clinique nous serons à même de séparer ces éléments et de vous montrer comment ils se sont développés côte à côte, sans s'altérer mutuellement, sans s'influencer le moins du monde. C'est là, vous le savez, un genre de problème que nous aimons à aborder. C'est de la pure clinique après tout. Le rôle du clinicien n'est-il pas de s'attacher aux choses telles qu'elles se présentent dans la nature et de les simplifier, si c'est possible ? Mais, je dois d'abord vous présenter notre malade.

C'est, vous le voyez, un homme plutôt vigoureux d'apparence. Il a l'air triste et morne. Il a ses raisons pour cela ; n'oubliez pas qu'il est morphinomane. Ses antécédents héréditaires sont-ils interessants à signaler ? L'hérédité vous dira presque tout. C'est en quelque sorte dans un drame de famille que nous allons entrer.

Du côte paternel, il a un oncle aliéné qui est interné dans un asile. Son père est tuberculeux.

Sa mère se mord la langue, elle a des attaques qu'on peut considérer comme des attaques d'épilepsie. Une de ses sœurs est épileptique, comme lui.

Venons-à son histoire personnelle.

Il avait 7 ans à peine, lorsqu'il commença à avoir des attaques qui déjà présentaient les caractères très significatifs qu'elles ont encore aujourd'hui. C'est toujours la nuit qu'elles survenaient, vers deux ou trois heures du matin. Dans ces attaques, qui ne laissaient d'ailleurs dans l'esprit du malade aucune espèce de souvenir, il se mordait la langue et urinait au lit. C'était le mal comitial dans toute sa pureté terrible. Les accès étaient nombreux ; il en avait deux ou trois par semaine. Les choses allèrent ainsi, avec quelques améliorations momentanées produite par l'emploi du bromure, jusqu'à l'âge de vingt ans. Survient alors une fièvre typhoïde d'une extrême gravité. Pendant la convalescence, divers accidents se sont produits

---

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE MILITAIRE A L'EXPOSITION DE 1889

Suite (1).

Un côté de ces tentes est occupé par des lits, l'autre par l'étalage sur table des instruments, objets de pansement, ouate de tourbe, attelle en bois, en treillis, eu zinc laminé, etc.

Le tout est gardé par un infirmier de garde, nous ne verrions aucun inconvénient à ce qu'on remplace ce « planton », ce muet, non par un médecin militaire (ils ont bien autre besogne et ils sont si peu pour force régiments) (1) ; mais par un sous-officier *panseur* intelligent qui montrerait et démontrerait les objets en utiles leçons de choses comme l'a tenté, non sans succès, nous le verrons plus bas, l'*Union des Femmes de France.*

A la gauche de la fraction indéterminée d'hôpital temporaire est une tente d'opérations, d'ambulance système Tollet. Double paroi parquet, ventilation facile, ossature ogivale en fer, c'est une réduction du 1/3 environ de sa voisine.

Tous ces hôpitaux de toile fort visités sont surmontés de fanions de Genève et tricolore, signaux de jour, et de 2 lanternes blanche et rouge, fanaux de nuit de toutes les formations sanitaires de guerre.

Nous voudrions que, la tente Tollet fût l'hôpital de campagne celui qui se voiture à la gauche du corps d'armée — l'*ambulant* — non le temporaire à peu près immobile pour lequel on trouvera bien d'autres locaux « protectives » plus effectifs contre le froid, le chaud, la pluie ou l'ouragan que la toile mince.

II

Un marché, un *hall* quelconque surtout une ferme constitueront pour le blessé un hôpital même *temporaire* (ce qui peut

(1) Voir les numéros précédents.

(2) Il n'y a presque plus d'aide-majors dans les hôpitaux où les garder sont montées par des éléves du service de santé, ressource qui va se taris par le fonctionnement de l'Ecole de Lyon ; les cours de brancardiers sont faits à la semaine par des médecins traitants, un peu subalternisés à cet enseignement primaires par mauque deubalternes.

sur lesquels nous reviendrons plus tard. Je signalerai seulement pour le moment un certain état mélancolique qui persista longtemps.

Au sortir de cette fièvre typhoïde, les accès convulsifs reparaissent avec une intensité nouvelle, présentant toujours les mêmes caractères. S'il fallait une autre preuve pour vous démontrer que c'est bien d'épilepsie qu'il s'agissait, je m'adresserais à certaines recherches faites par M. Lépine d'abord, puis par M. Mairet, de Montpellier et qui ont été reprises ici, dans mon service, par MM. Gilles de la Tonrette et Cathelinean. Il y a longtemps qu'on a constaté chez les épileptiques une certaine élévation de température à la suite des accès. Il était donc intéressant de savoir ce que donnerait l'analyse des urines; or, on est arrivé à reconnaître que les accès étaient suivis d'un accroissement de la quantité de l'urée. Un homme urine, par exemple, 25 grammes d'urée; après une attaque on en trouve 30 ou 35 grammes : il y a donc une élévation du taux de l'urée qui semble coïncider avec l'élévation de la température. De même la quantité des phosphates terreux et alcalins s'accroît, tandis que le rapport des phosphates terreux vis-à-vis des phosphates alcalins reste dans les conditions normales. Ces données ont un grand intérêt au point de vue de la théorie et aussi au point de vue du diagnostic. Elles constituent, en quelque sorte, les caractères chimiques de l'épilepsie.

Eh bien, notre malade qui donne en moyenne 21 grammes d'urée à l'état normal, fournit 35 grammes d'urée et 2 grammes de phosphate, le jour d'une attaque.

Il est donc épileptique et voilà dûment constaté, chez notre malade, le premier élément nosographique auquel sont venus s'ajouter l'Hystéro-épilepsie et la Morphinomanie.

En procédant à un examen méthodique de notre sujet, nous avons reconnu chez lui l'existence d'une anesthésie cutanée complète, qui embrasse toute l'étendue du corps, à l'exception de la plante des pieds où la sensibilité est seulement émoussée, et de la région sous-ombilicale où l'on constate une hypéresthésie particulière dont nous reparlerons parce qu'elle offre un très grand intérêt au point de vue du diagnostic. Je tiens à vous montrer jusqu'à quel point cette anesthésie est parfaite. Vous voyez qu'on peut lui traverser la peau de part en part avec une aiguille, promener un bloc de glace à la surface du dos sans qu'il tressaille le moins du monde. Il ne sent ni le contact, ni la douleur, ni la température. Cette ampoule que vous apercevez sur son épaule a été produite hier par le contact de la plaque métallique du thermomètre qu'on avait trop chauffée et il ne s'en est nullement aperçu. Le sens musculaire est également affecté chez lui, mais pas d'une façon complète. Cette anesthésie est évidemment de nature hystérique. Quelle est la maladie organique qui pourrait produire une pareille insensibilité?

Si nous examinons les choses de plus près, nous trouvons que le goût, l'odorat sont perdus, que l'ouïe est obnubilée, qu'il y a un rétrécissement concentrique du champ visuel. Tout cela est encore hystérique. Un neuropathologiste de Berlin, M. Oppenheim, a dit qu'on ne pouvait pas se servir du rétrécissement du champ visuel pour distinguer l'hystérie de l'épilepsie, parce qu'il se rencontrait chez les épileptiques. Oui, sans doute, le rétrécissement du champ visuel se retrouve dans l'épilepsie et nous le savons bien. Sur 74 épileptiques que nous avons examinés l'année dernière, à ce point de vue, nous en avons trouvé 11 qui en étaient affectés. Mais en même temps nous avons trouvé chez eux des points hystérogènes, des attaques d'hystéro-épilepsie ou des équivalents de ces attaques; par conséquent, il s'agissait là d'une combinaison des deux névroses et non d'autre chose. Lorsque vous constatez une hémianesthésie et des stigmates chez un individu atteint de sclérose en plaques, ou chez un myopathique, direz-vous que c'est la sclérose en plaques ou la myopathie progressive qui en sont la cause? Mais non, l'hystérie, sachez-le bien, peut se combiner, s'associer avec une foule d'autres affections et en particulier avec l'épilepsie. Eh bien, chez ce malade nous n'avons pas seulement les stigmates, nous avons aussi les attaques. Je vous ai montré qu'il était insensible partout excepté sur le ventre, au-dessous de l'ombilic. Il y a là deux choses à considérer : la région qui est toute entière hypéresthésique et deux plaques hystérogènes. Si je presse sur ces deux points, vous voyez les yeux du malade devenir fixes, hagards, et si vous l'interrogez, il vous répond : « Cela monte, j'ai de la pression dans l'estomac, je ne puis plus respirer, j'ai mal à la tête, cela me serre le front; j'ai des bruits d'oreilles. » Si on insistait on lui donnerait une attaque. Mais quelle attaque lui donnerait-on? Assurément pas une attaque d'épilepsie. En résumé, nous avons ici des stigmates très accentués, des points hystérogènes, dont la pression détermine l'aura. Ce malade n'aurait point d'attaques que cela nous suffirait pour dire: c'est un

---

durer autant que le *provisoire*, dont la ventilation sera « allongée » à corps de pie et par quelques créneaux troués dans les murs.

Cet hôpital de résidence qu'on trouvera bâti dans tout village n'a nul besoin d'être d'étoffe, de suivre les troupes sur route, d'augmenter cette queue de bagages-charrons qu'il faudra couper le plus possible pour laisser les chemins en libre pratique aux munitions et aux vivres.

Ce pain de l'homme et du fusil.

Nous ne voudrions pas supposer que la tente bonnet de police « dénoncée » par le thermomètre a été adoptée par l'intendance ou par son gérant, le dernier 7e directeur et qu'on a oblitéré le progrès en faisant le *plein* dans les magasins et en complétant de ce modèle incomplet les approvisionnements des 114 hôpitaux de campagne nécessaires à nos 19 corps d'armée.

Cette obstruction serait à condamner.

* * *

Et pourtant pareil engorgement existe pour le matériel roulant qui, derrière le Pavillon de la Guerre est à l'ombre, lui, des arbres de l'Esplanade; on y trouve la voiture-omnibus, la voiture Masson, les voitures de chirurgie et du personnel, types méchamment reproduits qu'il faut user.

Tout ce voiturage est lourd et il semble que la construction de Vernon ne saisit pas bien le point précis où le *gros* dépasse le coefficient de solidité nécessaire et tombe en poids mort.

Pour s'en convaincre il suffit de comparer l'omnibus Arnoux à la voiture des ambulances internationales de la Ville de Paris portant aussi 4 blessés couchés, mais moins longue, moins lourde, les brancards reposant sur des bandes de tôle élastiques; aussi de rapprocher la voiture du personnel, ultra solide et à 2 chevaux de ces petits omnibus de famille des chemins de fer, à un seul collier qui rendirent tant de services sur la Loire et « suivaient » partout en 1870-71.

On se demande si ces roues en roues de charrette et ce coffre bâti en hercule sont bien nécessaires pour porter 4 médecins de réserve, 2 pharmaciens et 2 comptables, soit 600 kilogs au maximum.

De tout ce matériel peu roulant et de pesanteur moyen âge, l'intendance a saturé nos magasins, conseillée, il est vrai, par le Conseil de santé qui conseillait par ordre.

épileptique qui a quelque chose de plus que l'épilepsie, qui a de l'hystérie. Mais il a, je le répète, des attaques d'hystérie qui surviennent spontanément et ces attaques les voici :

C'est au sortir de sa fièvre typhoïde qu'il est tombé dans la grande hystérie; c'est alors que sont apparues cette anesthésie, ces douleurs de ventre, ces crises qu'il ne connaissait pas auparavant. En quoi consistent-elles, en quoi diffèrent-elles des crises épileptiques? Le malade les a distinguées lui-même. Il les appelle ses crises de jour. Je lui ai demandé comment elles étaient faites et voici ce qu'il m'a répondu : « Ce sont des crises qui commencent par quelque chose qui me part du ventre, de l'estomac et qui me remonte à la tête. C'est absolument ce que vous m'avez fait l'autre jour... » Un jour je lui ai fait cette pression sur l'abdomen dont vous venez de voir l'effet. Il a reconnu son aura et il a manifesté le désir de se coucher. Poursuivant sa description, le malade nous a appris que ces crises-là sont très fortes, qu'il faut deux ou trois personnes pour le tenir, tandis que dans les crises qui viennent la nuit, il n'est jamais tombé de son lit, qu'enfin il ne se mord pas la langue et n'urine pas sous lui. Ce sont bien là, si je ne m'abuse, des attaques d'hystérie. Il y a encore un autre caractère qui nous manque et dont je vous parlerai tout à l'heure. Je voudrais auparavant, puisque l'occasion s'en présente, vous rappeler la grande différence qui existe entre l'attaque d'épilepsie et l'attaque d'hystéro-épilepsie.

Mon respect pour la tradition m'a fait jadis mainteuir cette dénomination; mais elle me gêne fort, car elle est absurde. Voilà un malade qui a deux affections foncièrement différentes et elles portent le même nom. Il n'y a pas le moindre rapport entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie même à crises mixtes. Ce qu'on doit dire de cet homme, c'est qu'il est hystérique et épileptique. C'est une erreur de dire qu'il est hystero-épileptique. A ses crises de jour, qui sont des attaques de grande hystérie, l'épilepsie, le mal comitial, ne prend aucune part.

Mais, pendant le sommeil de la nuit, vers trois heures du matin, je suppose, le voilà qui tout à coup se raidit, ses yeux sont hagards, convulsés, il se mord la langue, puis il se met à ronfler; cela dure un certain temps et c'est fini. Voilà l'accès d'épilepsie dans sa simplicité.

L'attaque d'hystéro-épilepsie n'est pas faite comme cela. J'en ai bien souvent redit ici les caractères et retracé les phases. Cette fois, pour ne pas me répéter, je vais prendre une description qui me vient d'Allemagne. Je l'ai trouvée dans la Gazette hebdomadaire de Berlin; elle est accompagnée d'un dessin qui est la reproduction d'une photographie instantanée représentant un individu en proie à une attaque d'hystéro-épilepsie.

L'auteur est un chirurgien major et le sujet un grenadier de l'armée allemande, en garnison à Carlsruhe. L'hystérie n'est donc pas comme on l'a donné à entendre, un produit de nationalité exclusivement française. J'ai dit ici un jour, en plaisantant, que je serais enchanté de voir constater l'hystérie chez un cuirassier prussien. Eh bien voilà un grenadier allemand qui est hysterique. On en trouvera dans toutes les armées du monde. Voici l'histoire : Ce grenadier avait désiré ardemment assister aux obsèques de je ne sais quel duc; on le retint à la caserne et ce fut là la cause de sa maladie. Il tombe en attaques; on le transporte au lazaret; les médecins étudient avec beaucoup de talent et une grande sincérité d'observation tout ce qui se passe et photographient toutes les attitudes du malade.

Dans la première pose le sujet a les yeux fixes, c'est l'aura; l'attaque va commencer. Que se passe-t-il? Il a mal à la tête, du bruit dans les oreilles. C'est la reproduction exacte de ma description dans le premier volume de mes leçons qui date de 1872.

La première phase, disent ces messieurs, ressemble tellement à l'épilepsie, qu'il n'y a pas de différence. Voilà l'origine de cette dénomination d'hystéro-épilepsie. Le malade se comporte comme un épileptique, en ce sens qu'il présente une période tonique et une période clinique, mais il en diffère par bien des points; en général il ne se mord pas la langue et n'urine pas, et si l'on intervient violemment par des cris, ou bien en comprimant certaines zônes, l'attaque s'arrête, tandis qu'on n'arrête jamais l'accès d'épilepsie par des procédés de ce genre. En un mot l'épilepsie n'est là que dans la forme.

Dans une seconde phase, le sujet s'agite, se tord dans tous les sens, s'arcboute sur la tête et sur les talons de manière à former l'arc de cercle. C'est la phase des grands mouvements que nous avons si souvent décrite.

Voici enfin la troisième période, celle des attitudes passionnelles. En bon militaire qu'il est, le sujet tire des coups de fusil, s'escrime à coups de baïonnette contre un ennemi imaginaire; bientôt l'attaque se termine, et, après un moment de calme, il s'en produit une seconde, une troisième etc. En général, les crises d'hystéro-épilepsie s'enchaînent. Voilà ce

---

***

C'est de même pour les litières et cacolets n'existant guère que dans l'armée française ou l'on en attribue 30 paires à une division d'infanterie, soit 15 mulets à ravitailler journellement en avoine et le reste, et 1000 mulets avec 500 conducteurs pour les 19 corps d'armée.

Ce n'est pas une noisette.

Puis, nous avons toujours engagé les blessés à ne pas confier leur reste de vie aux ruades, défenses, paniques et emballages toujours à craindre dans la zone aujourd'hui étendue des projectiles (1). Le sangfroid, le jugement, l'esprit de devoir et la responsabilité du brancardier sont de bien autres garants.

A l'Exposition ces selles de malades sont sur le dos de mulets en carton-pierre faits au tour et absolument *selected*. On pourrait remplacer ces « plus beaux que nature » par des bêtes réelles et alors le cacolet ferait sur ce terrain d'amusette une concurrence sérieuse au *pouss-pouss* annamité, mais au feu c'est autre une cantilène.

Le matériel d'évacuation par voie ferrée est lui aussi derrière le Pavillon et à l'ombre lui aussi. Nous y trouvons le train mi-permanent n° 1 de la compagnie de l'Ouest que nous avons décrit ici même.

Il est toujours lui.

Il n'a perdu ni son wagon-cuisine, ni sa lingerie, sa pharmacie, sa tisanerie, sa paneterie : il ne lui manque qu'une buanderie.

On aura rarement besoin dans l'Est, où il y a des gares toutes les lieues et de grandes gares tous les 30 kilomètres, de ces accessoires d'Exposition et de cette « galerie des machines ». Ce *transsaharien* sera peut-être appelé dans un avenir indéterminé à évacuer les blessés du Séuégal sur Alger; il pourra alors utiliser les annexes et faire de ces superflus autre chose qu'un *buen retiro* pour les infirmiers.

L'étude pratique doit se porter à peu près exclusivement sur les wagons de marchandises aménagés au système Bry ou Bouloumié.

Le Bry dit « des artilleurs » fort modifié, ce qui l'enchérit d'antant, est établi sur deux étages et le deuxième placé fort bas.

Il y a de gros majors qui ne pourraient guère se faufiler au

(1) *Aide-mémoire du médecin auxiliaire*. Paris, Ollier Henry, 1882, p. 76. *Aide-mémoire de guerre des officiers du corps de santé militaire de la réserve et de l'armée territoriale*, 1888, p. 40 et 41.

qu'on appelle l'hystéro-épilepsie à crises mixtes. Sachez qu'il n'y a dans tout cela que l'apparence de l'épilepsie. La première phase qui seule est épileptique non dans le fond, mais dans la forme, est, comme tout le reste, hystérique et rien qu'hystérique.

Il est un autre caractère distinctif, d'ordre chimique celui-là. Je vous disais tout à l'heure que dans l'épilepsie, Lepine et Mairet ont constaté une augmentation du taux de l'urée urinaire. MM. Gilles de la Tourette et Cathelinean ont fait des recherches intéressantes dont les résultats, s'ils venaient à se confirmer, constitueraient une véritable découverte. La phase épileptoïde de la grande attaque d'hystérie n'est si bien qu'une apparence que si l'on étudie les urines des hystéro-épileptiques, au lieu d'y trouver un accroissement du taux de l'urée, on constate au contraire que l'urée a diminué. On n'a pas encore eu l'occasion de faire l'analyse des urines de notre homme, mais nous avons ici depuis longtemps une malade qui est comme lui, à la fois épileptique et hystéro-épileptique. Chez cette femme, le chiffre normal de l'urée est de 18 gr.60 ; or, à la suite de ses crises d'hystérie, ce chiffre descend à 14 gr.

Après les accès d'épilepsie, au contraire, l'urine remonte à 22 gr. 40 et les phosphates s'élèvent de 1 gr. 80 à 2 gr. Si cette observation remarquable se confirme, elle sera la plus belle preuve de ce que j'affirme depuis longtemps, à savoir que dans l'hystéro-épilepsie il n'y a pas trace d'épilepsie. Quand les deux maladies cohabitent chez un même individu, elles vivent séparément ; il n'y a pas de mélange entre elles, pas d'hybridité.

Nous arrivons au troisième élément nosographique que présente notre malade, à la névrose artificielle qu'il a créée en lui, la morphinomanie.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un morphinomane ?

Pour une douleur quelconque un individu se fait une injection de morphine. Le médecin a l'imprudence de lui laisser une seringue entre les mains et il contracte l'habitude de s'administrer plusieurs injections par jour. Bientôt il lui devient impossible de s'en abstenir sans tomber dans des états très pénibles et quelquefois très graves. Il se fait une injection avant de dîner, avant de se coucher, etc. Si pour le démorphiniser, quelqu'un lui enlève sa seringue, si on ne lui donne pas la dose du médicament qu'il s'est habitué à prendre chaque jour, (la dose d'ailleurs importe peu), alors va commencer une scène lamentable. Lui est morphinomane à 30 centigrammes par jour. C'est la dose moyenne. Voici comment il est arrivé à cet état :

Après sa fièvre typhoïde, il est devenu hystérique. Il paraît qu'au début il a eu une hypéresthésie très douloureuse de tout le côté gauche du corps, et c'est sa sœur qui lui a montré l'usage de la morphine. Il a commencé par avoir des vomissements ; il se refusait à continuer. Sa sœur l'a encouragé et il a fini par s'y faire. Les douleurs ont disparu, mais il est devenu morphinomane. Il n'est pas inutile de vous montrer comment il distribue les 30 centigrammes qu'il absorbe chaque jour.

Au réveil, vers 7 heures, il est entièrement affaibli ; si on ne lui donnait pas sa première injection, il serait incapable de se lever.

A 11 heures et demie le besoin de la morphine commence à se faire sentir ; il éprouve certains symptômes que je vous dirai bientôt. Après cette deuxième injection il mange un peu ; troisième injection à 3 heures ; quatrième injection à 6 heures qui lui permet de dîner — les morphinomanes ne mangent presque pas ; — cinquième injection à 8 heures du soir. Vers minuit, il prend 20 gouttes de laudanum pour passer le reste de la nuit.

Nous appelons euphorie les périodes pendant lesquelles le malade n'éprouve pas le besoin de morphine. Lorsque le morphinomane espace convenablement ses piqûres et s'arrange de façon à ce que les périodes d'euphorie se confondent les unes avec les autres, il n'y a pas de diagnostic à faire, le sujet n'éprouve aucune souffrance, aucune gêne.

Mais lorsque les périodes d'euphorie sont séparées par des entractes d'amorphinisme alors les malades accusent une série de troubles qu'il faut bien connaître. Notre malade est en ce moment au début de la période de besoin. Elle s'annonce chez lui par un phénomène particulier, un tremblement d'un genre spécial, qui ressemble au tremblement des alcooliques. Comme ce dernier, qui apparaît quand l'alcoolique est à jeun d'alcool, il se montre dans la période d'amorphinisme et s'apaise après la prise du médicament. Il est surtout accusé aux mains. Nous avons étudié graphiquement ce tremblement : il est assez irrégulier. Nous avons compté qu'il y avait six ou sept oscillations par seconde. Vous savez qu'il y en a de 7 à 9 dans le tremblement vibratoire de la maladie de Basedow. Ce n'est donc pas un tremblement rapide au premier chef. Il existe, mais très faible, dans la période d'euphorie. Dès que le besoin de

---

dessous sans intention de suicide, et les plus sveltes y auraient du tracas, mais cette modification (encore une) est d'abord facile.

***

Le train aménagé pour les brancardiers de frontière par le Dr Bouloumié consiste en deux étages à brancards réglementaires, d'un côté, improvisé de l'autre avec des branches et des toiles de sac, le tout reposant sur des baliveaux coupés tels quels en forêt. L'ensemble est arrimé avec des cordes et se rapproche assez du système russe Zawodonsky.

Il n'y a pas un clou.

C'est sans doute un peu sylvestre et « fagotté »

Mais ceux qui rêvent des sleeping, — car pour évacuer, les 20.000 bleus ou malades de chaque immense bataille, risquent d'être dépassés par l'entassement. A 40 kilomètres à l'heure on n'a pas à aller loin pour éparpiller des blessés qui eux-mêmes préféreront à une agglomération mortelle, les cahots de quelques heures qui ne peuvent être que douloureux.

L'affaire délicate sera la répartition, avec mesure, des cas et le médecin chef d'évacuation devra être un habile homme.

Mais ne perdons pas de vue qu'évacuer beaucoup et vite sera l'objectif et qu'il faut s'y attacher plus qu'à « la chasse au chastre », d'un confortable suprême.

***

Nous croyons même qu'il serait pratique de diviser le wagon à marchandises en deux étages à l'aide de traverses et d'un parquet démontable. Puis aux deux étages sur une couche de paille de 50 centimètres, de poser les blessés côte à côte, « se servant d'attelles les uns aux autres ». On pourrait ainsi à la rigueur disséminer 20 blessés couchés, ce serait tact médical de mettre les plus légers au 2e étage et en queue du train où les secousses se capitalisent. Ce dispositif pourrait également servir pour les mobilisation et concentration, il augmenterait d'un tiers la rapidité de poussée vers la frontière.

L'objectif du Commandement et du service sanitaire, la projection rapide en avant et en arrière se confondent. En particulier pour les blessés, il faut songer qu'un train de 30 wagons doublés par le double étage emmènerait à peine 600 soldats au maximum.

Or, combien aura-t-on de trains, combien de blessés, et ceux-ci trop nombreux, pour ceux-là ?

(*A suivre*). Dr Chassagne.

morphine se fait sentir, ce tremblement s'accroît, les oscillations sont plus grandes et un peu plus rapides. Mais il y a d'autres symptômes de morphinisme que vous devez connaître parce qu'il vous permettront de découvrir la maladie quand les malades s'en cachent, ce qui est d'ailleurs assez fréquent.

Voici ce qui se passe dans les périodes amorphiniques. Le malade accuse des sueurs froides, une inquiétude vague, il est pris de coliques et va cinq ou six fois à la garde-robe, presque coup sur coup; c'est la diarrhée du morphinisme. Il se gratte de tous côtés. Puis des troubles psychiques se manifestent. Il devient insolent, il veut, il exige absolument qu'on lui fasse ses piqûres, il s'emporte et se livrerait volontiers à des actes de violence. Parfois il est pris de vomissements et tombe en syncope. Si on lui fait une injection de morphine tout rentre rapidement dans l'ordre.

Comment peut-on démasquer un morphinomane qui ne veut pas dire qu'il prend de la morphine? Il y a une dizaine d'années, je fus appelé auprès d'une dame qui ne pouvait plus quitter sa chambre depuis trois ou quatre ans. Elle avait eu, à cette époque, un phlegmon du bassin très douloureux et depuis elle traînait, se plaignant de ceci, de cela; elle avait vu je ne sais combien de médecins; j'étais peut-être le neuvième et je n'y comprenais rien du tout. Les consultations de mes collègues, qu'on m'a ait communiquées, ne m'apprenaient rien non plus. En l'interrogeant, je finis par découvrir une chose, c'est que la maladie évoluait chaque jour en cinq actes séparés par des entractes de calme et de bien être. Je lui dis tout d'un coup: « Vous avez une seringue de Pravaz? » Et aussitôt je vis la rougeur s'étendre sur son visage et sur celui de son mari. Elle dit non. — « Montrez donc vos bras; vous vous faites des injections de morphine. Depuis quand? » — Et elle me répondit: « C'est depuis que j'ai eu ma maladie. » Elle était morphinomane et n'avait pas autre chose.

Quant à notre malade, il présente tous les phénomènes du morphinisme an degré le plus élevé. Et le voilà épileptique, hystéro-épileptique et morphinomane. Nous voudrions tâcher de faire quelque chose pour lui. Mais, par où commencer? Toutes les fois qu'un individu est en puissance de morphine, il n'y a pas un autre remède à placer chez lui. La morphine n'admet pas de médication satellite; elle règne en maîtresse absolue sur les organismes qu'elle détient. Il faudra donc le démorphiniser, soit par la méthode de suppression brusque, soit en diminuant progressivement les doses. Mais rien n'est plus difficile; les succès sont rares et les récidives fréquentes. Et puis, en admettant qu'on parvienne à le délivrer de la morphine, il lui restera ses deux autres maladies tenaces elles aussi, à quel degré, je n'ai pas besoin de vous le dire.

En somme, je crains fort, que ces trois éléments morbides qui se sont développés chez cet homme ne continuent à vivre côte à côte encore pendant longtemps.

PATHOLOGIE

DE LA MAMMITE DES ADOLESCENTS ET DES ADULTES, par le Dr EM. LAURENT, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

(Suite) (1)

II. *Mammite des adultes.*

Plus rare que la mammite de la puberté, la mammite des adultes est moins connue. Pour plus de clarté, je distinguerai ici trois formes principales: la mammite aiguë, la mammite chronique et la mammite des phthisiques.

A. *Mammite aiguë.* — Les symptômes en sont bien connus et diffèrent peu de ceux de la mammite de la puberté.

Le malade ressent des picotements douloureux dans le sein qui devient sensible et se met à gonfler. Les frottements de la chemise sont pénibles.

La peau est rouge, tendue, le mamelon saillant. La glande peut acquérir le volume d'une orange.

A la palpation la sensation d'induration glandulaire est beaucoup moins nette que dans la mammite de la puberté. Cela tient probablement à ce que l'inflammation siège surtout dans le tissu cellulaire dans lequel se trouve noyée la glande.

Il n'y a pas de phénomènes généraux; mais il n'est pas très rare de voir les ganglions axillaires s'engorger, comme dans deux des observations qu'on lira plus loin.

Sa durée est un peu plus longue que chez les adolescents. Elle peut traîner pendant deux mois et même plus et la terminaison par suppuration est relativement fréquente. J'en ai pour ma part observé un cas chez un homme de 55 ans.

La mammite semble diminuer de fréquence avec l'âge chez les adultes. Ainsi Horteloup, établissant une statistique des cas des divers auteurs, dit que de 20 à 30 ans on l'a observée 10 fois, de 30 à 40 ans 4 fois et au dessus de 40 ans 3 fois. Je l'ai observée une seule fois chez un homme de 55 ans; tous les autres avaient moins de 35 ans.

Chez l'adulte, la mammite reconnaît souvent pour cause un traumatisme, une chute, un coup, etc. On en a cité plusieurs exemples.

Les frottements en particulier semblent tenir une place importante dans l'étiologie de cette affection. Le frottement continuel de la bretelle du sac ou du fusil la provoquerait souvent chez les soldats. En voici un exemple emprunté à la thèse de Robelin.

Obs. III. — C... soldat au 24e de ligne. Depuis un an, la pression produite par la bretelle du sac militaire avait déterminé du gonflement et des douleurs dans le sein droit. A l'examen M. Larrey reconnut un engorgement qui se rapportait manifestement à un certain gonflement non fluctuant de la glande mammaire, non circonscrit, assez douloureux à la pression, avec une légère tuméfaction glandulaire de l'aisselle, sans aucune complication d'ailleurs.

C... était porteur en outre d'un phimosis congénital et d'une rétraction congénitale du testicule. La guérison se fit attendre deux mois et demi.

Larrey rapporte encore un autre fait du même genre.

On a aussi incriminé l'équitation et on n'a pas manqué de faire un rapprochement entre la mammite des cavaliers et la maladie des Scythes.

Ainsi Robelin raconte qu'un cavalier ressentit tout à coup, pendant que son cheval était au trot, une douleur aiguë, pongitive, dans un point correspondant à la glande mammaire droite et qui augmentait par les secousses de l'équitation. A son retour, le cavalier constata que son sein droit était rouge, douloureux et gonflé. Il avait une mammite.

Dans d'autres cas l'étiologie est beaucoup plus obscure. On ne peut invoquer de cause précise et la lésion semble être spontanée. Tel est le fait suivant que je trouve dans *The Lancet* de 1868.

Obs. IV. — N... 31 ans, charpentier, entre pour une induration du sein gauche; cet état durait depuis six semaines sans qu'on pût l'attribuer à la moindre cause.

(1) Voir le numéro précédent.

Au toucher, les glandes étaient épaisses et douloureuses. Les ganglions axillaires étaient pris. On fit des fomentations toniques et la guérison eut lieu au bout de deux mois. La glande reprit son état naturel.

Enfin j'ai également observé un fait où aucune cause ne saurait sérieusement être invoquée.

Obs. V. — H... 33 ans, a commencé, il y a six semaines, à ressentir des picotements douloureux dans le sein gauche qui s'est mis à gonfler petit à petit.

Actuellement le sein est douloureux à la moindre pression et notablement augmenté de volume. A la palpation, on sent une sorte de gâteau induré du volume d'une mandarine à peu près.

H... assure qu'il n'a pas reçu de coups dans cette région.

Comme on le voit, si dans bien des cas on peut invoquer un traumatisme, un frottement, il en est d'autres où la maladie semble spontanée.

Le traitement est le même que celui de la mammite de la puberté.

B. *Mammite chronique.* — Cette forme est encore moins connue que la précédente et on n'en a cité qu'un petit nombre d'exemples.

Elle débute habituellement comme la mammite aiguë, mais les douleurs sont beaucoup moins vives et ont plutôt un caractère névralgique. Puis, bientôt tous les phénomènes inflammatoires disparaissent et il ne reste plus qu'une induration indolente de la glande qui persiste indéfiniment.

Voici, du reste, quelques faits qui feront mieux ressortir que toutes les descriptions les caractères particuliers de cette mammite.

Obs. VI (empruntée à Cruveilhier. Anatomie pathologique. T. III, p. 55).

C..., 24 ans, cordonnier, entré dans mon service en octobre 1850 pour une variole, m'a présenté une mamelle droite qui avait le volume moyen de la glande mammaire d'une femme. C'est du tissu glandulaire noueux, et non de la graisse. Cet homme disait que son sein n'avait commencé à se développer qu'à 21 ans et qu'il a mis six mois à acquérir son développement actuel. Pendant tout ce temps, cet organe était tellement douloureux, que le malade avait sollicité plusieurs fois l'extirpation. Aucun liquide ne suinte par le mamelon. Depuis cette époque, il n'éprouve aucune douleur.

Nélaton a publié un cas analogue dans la *Gazette des hôpitaux de* 1886. Il s'agissait d'un individu de 23 ans qui avait le sein gauche hypertrophié et très douloureux. La mamelle avait même fini par prendre une consistance lobulée et le mamelon [illegible] laissait échapper un liquide séreux et blanchâtre. Cette hypertrophie était survenue subitement, sans causes appréciables. Les organes génitaux étaient bien développés et le malade ne présentait aucun des caractères du féminisme.

Voici maintenant deux observations personnelles.

La première a déjà été publiée à part dans la *Gazette médicale de Paris* d'août 1888.

Obs. VII. — L..., 35 ans, mécanicien, né à Tourcoing. Nous relevons dans ses antécédents héréditaires l'alcoolisme chez le pére. Un de ses frères a eu des convulsions pendant son enfance et est resté infirme.

L... a fait lui-même des excès de boisson, buvant chaque jour trois ou quatre litres de vin et plusieurs petits verres de rhum.

Il y a trois mois, il a commencé à ressentir des élancements douloureux dans les seins qui se mirent à gonfler.

Lorsque nous examinons, avec M. Variot, le malade qui se trouvait alors à l'infirmerie de la Santé dans le service de M. le Dr Petit, nous trouvons ses mamelles développées comme celles d'une fille de 15 ans. Au-dessous du mamelon et au-dessous de la peau ambiante, on sent un gâteau grand comme la paume de la main, dur, douloureux, rappelant la forme et la consistance d'une mamelle de femme.

Les mamelons sont un peu saillants et les glandes du pourtour de l'aréole un peu plus développées que de coutume. Il ne suinte pas de liquide par le mamelon. Les seins sont très douloureux à la pression et le malade souffre beaucoup.

Cet homme a de la barbe, un système pileux bien développé, des membres bien musclés, des formes viriles, une voix d'un timbre grave et des organes génitaux normalement développés. D'ailleurs, il a été marié; il remplissait bien ses devoirs conjugaux, et il prétend qu'il a tout lieu de se croire le père d'un enfant de huit ans que sa femme lui a laissé.

Obs. VIII. — B..., 24 ans, jardinier.

Son père était un ivrogne; il est mort d'une fluxion de poitrine. Sa mère, une femme très nerveuse, est encore vivante. Une de ses sœurs louche et est également très nerveuse.

B... est un garçon au front un peu étroit, sachant lire et écrire, mais d'un caractère nerveux et emporté. Il a passé presque toute sa vie en prison pour vagabondage, violences, vols.

Il raconte que ses seins ont commencé à augmenter de volume vers l'âge de 16 ans. Ils furent pendant assez longtemps très douloureux.

A 19 ans, les douleurs avaient disparu et le volume exagéré de ces organes faillit le faire réformer. Il fut néanmoins soldat.

Actuellement, ses seins ont à peu près le volume d'une orange. A la palpation, on sent une masse glandulaire grosse comme une mandarine. L'aréole est colorée en rouge-brun assez foncé et on y voit quelques poils longs et durs. Le mamelon est saillant, rosé.

La poitrine et les membres sont complètement glabres. Le triangle pileux pubien est mal développé. Les organes génitaux sont normalement conformés.

B... a commencé à voir des femmes vers l'âge de 19 ans; mais il ne fit pas d'excès en ce sens. Il reconnaît s'être beaucoup masturbé dans sa jeunesse, principalement au moment de la puberté.

Comme on le voit, ce qui caractérise cette affection, c'est son invasion en quelque sorte subaiguë, sa marche lente, sa durée presque indéfinie, son apparition spontanée, sans cause appréciable.

Dans aucun des cas observés, il n'a été possible d'invoquer un traumatisme ou toute autre raison étiologique; tout ce que l'on a pu constater, c'est que dans quelques cas cette maladie a été la suite d'une mammite de la puberté passée à l'état chronique, comme dans l'observation VIII.

Quelques auteurs, Olphan en particulier (1), l'ont confondue avec la gynécomastie. Et cependant elle en diffère essentiellement. La gynécomastie est en effet une affection indolore et persistante, apparaissant généralement à l'époque de la puberté et s'accompagnant d'un certain degré de féminisme et d'une atrophie plus ou moins prononcée des organes génitaux. Le gynécomaste est déjà presque un homme incomplet,

(1) Un mot sur la gynécomastie. Th. Paris, 1880.

il est au seuil de l'hermaphrodisme. Rien de tout cela ne se rencontre chez mes malades. Leurs mamelles grossissent accidentellement et à une époque souvent lointaine de la puberté; cette hypertrophie est douloureuse; enfin ces individus ont des formes viriles; ils sont bien constitués au point de vue génital anatomiquement et physiologiquement.

Il s'agit donc dans ces cas d'une mammite spéciale, lésion mal connue, peut-être d'une inflammation débutant chroniquement, comme le pense Robelin, peut-être d'un processus pathologique propre au tissu mammaire, comme le donne à entendre Horteloup.

C) *Mammite des phthisiques.* — Dernièrement, Leudet a décrit une affection spéciale de la mamelle chez les phthisiques, affection essentiellement différente de la tuberculose mammaire et présentant tous les symptômes d'une mammite.

Ordinairement unilaterale, quelquefois bilatérale, « cette affection se développe à la suite de douleurs accusées par les malades dans la paroi thoracique correspondante; elle se présente sous la forme d'une augmentation de volume de la totalité de la glande, sans induration partielle, sans coloration rougeâtre de la peau, sans adhérences aux tissus sous-jacents ou empâtement du tissu cellulaire sous-cutané. Le volume de la glande peut être relativement considérable. Celle-ci est le siège de douleurs spontanées, mais surtout de douleurs au contact ou à la pression, douleurs en général locales, ne s'irradiant pas dans les organes voisins. » (1).

Cette mammite peut durer plusieurs mois. « La période de décroissance de l'engorgement s'annonce d'abord par une modification des douleurs. On voit la douleur spontanée disparaître; le malade peut supporter le contact de ses vêtements, puis la glande devient presque insensible à la pression. » (2) Dans aucun cas Leudet n'a constaté d'induration partielle dans la glande ou d'engorgement des ganglions lymphatiques. Dans aucun cas la terminaison ne s'est faite par suppuration.

Aux quatre faits observés par Leudet on doit en ajouter un cinquième observé par Blomfield presque au même moment (3).

Quelle est la nature de cette mammite qui apparaît presque toujours au milieu des accidents graves de la tuberculose pulmonaire? Pour Leudet, il s'agit d'une irritation de voisinage causée par les lésions du poumon et de la plèvre.

Blomfield fait remarquer que dans le cas qu'il a observé, le malade avait subi à différentes reprises des frictions sur la poitrine; ces manipulations répétées pourraient, selon lui, rappeler à la vie la glande mammaire et telle pourrait être l'origine du processus inflammatoire. La théorie proposée par Leudet semble plus conforme aux faits et par conséquent plus admissible.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR L'HYGIÈNE.

V. — Le Dr Riant semble inépuisable. Après avoir traité déjà tant de sujets interessant l'hygiène : *Hygiène du cabinet de travail, hygiène de l'orateur, hygiène de l'école,* influence de l'alcool et du tabac sur la santé, etc., il consacre un volume à cette question toute d'actualité : *Du surmenage intellectuel.*

Dans une première partie, il examine quels sont dans le jeune âge les méfaits démontrés du travail excessif de l'intelligence en écartant du débat exagérations et confusions; il établit quels périls fait courir à l'enfance et à la jeunesse, soit l'excès du travail de l'esprit, soit la mauvaise direction pédagogique, et pose les indications physiologiques et hygiéniques d'après lesquelles on peut lutter contre le mal, en donnant aux exercices physiques la place importante qu'ils méritent, parmi les réformes à introduire dans la vie scolaire.

Dans une seconde partie consacrée à l'étude du *surmenage intellectuel des adultes* : lettrés, savants, hommes voués aux professions libérales, artistes, M. Riant recherche s'il est vrai que l'excès de travail frappe ou menace toutes ces catégories de personnes. Pour contrôler les appréhensions de la théorie, et ramener le sentiment de la mesure, là où l'imagination paraît s'être donné trop libre carrière, l'auteur interroge la vie de nos grands écrivains, de nos savants, de nos artistes, sur la manière dont ils ont supporté le travail intellectuel nécessaire à l'enfantement de tant d'œuvres maîtresses, l'honneur de la littérature, du génie scientifique ou artistique de la France.

D'après M. Riant, ces indiscutables témoignages et les principes les plus certains de la physiologie et de l'hygiène, donnent le droit d'établir les conditions auxquelles le surmenage intellectuel peut être évité par l'élève comme par l'homme fait. « Les moyens qui ont permis à nos pères, dit-il, et permettent aujourd'hui à nos plus illustres lettrés, savants, artistes, d'échapper aux conséquences du travail, même excessif, sont toujours entre nos mains : loin d'être fatale, l'influence du surmenage intellectuel n'est une menace que pour ceux qui oublient les exigences du corps dans la culture exclusive de l'esprit ».

On ne saurait mieux dire et je n'ajoute rien. Que ceux qui ont des doutes lisent ce livre; ils ne se plaindront pas et conviendront qu'il y a eu exagération dans cette croisade contre le surmenage intellectuel, sinon pour l'enfance au moins pour les périodes suivantes. Peut-être cependant peut-on admettre qu'une génération qui aura eu le cerveau trop surmené dès l'enfance restera apathique dans l'âge adulte et ne produira rien de bon dans son âge mûr.

VI. — C'est encore un sujet à l'ordre du jour que M. le Dr E. Ravenez, médecin major à l'Ecole de Saumur, vient de traiter dans son livre : *La vie du soldat au point de vue de l'hygiène* (1).

« Pour bien étudier le soldat au point de vue de l'hygiène, dit M. Ravenez, il faut s'attacher à lui au moment où il remplit son premier devoir envers son pays, c'est-à-dire à la séance du conseil de révision, et le suivre jusqu'à sa libération.

Dans cet intervalle il est incorporé; l'Etat doit le nourrir, le loger, le vêtir, faire son éducation militaire et veiller sur sa santé. Arrive l'heure suprême de la lutte : l'Etat doit plus que jamais s'interesser à son défenseur et se rappeler que si l'enjeu est terrible, le sang a néanmoins son prix ».

De ces considérations découle le plan de ce travail où sont successivement étudiés : le recrutement, l'incorporation, l'alimentation du soldat, son habitation, son habillement, son éducation intellectuelle et physique, les soins donnés à sa

(1) Leudet. De l'hypertrophie des mamelles chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire. Arch. gén. de médecine. Janvier 1886.

(2) Leudet. Loc. cit.

(3) James E. Blomfield. Hypertrophy of the male mammary during phthisis. The practitioner. Mai 1886, p. 336.

(1) *Le surmenage intellectuel et les exercices physiques*, 1 vol. in-12, de 320 pages. Paris, 1889, J. B. Baillière et fils.

(1) Un vol. in-12 de 375 pages, avec 55 figures intercalées dans le texte. Paris, 1889, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

santé, enfin l'hygiène de guerre. On y voit comment l'Etat sait compléter, utiliser et ménager un capital précieux, capital avec lequel on ne paye pas de rançon, mais avec lequel on gagne des victoires et on sauve la patrie. L'auteur nous le montre d'une manière que d'aucuns trouveront légèrement optimiste. C'est là peut-être du chauvinisme; mais on ne saurait le reprocher à M Ravenez. Nous préférons l'en féliciter.

VII. — La deuxième édition du livre de M. H. Mireur. *Le mouvement comparé de la population à Marseille, en France, et dans les Etats d'Europe* (1) comprend près de 400 pages.

Il est divisé en 5 grands chapitres : *Population, Natalité, Nuptialité, Mortalité, Natalité et Mortalité comparées.*

Rempli de tableaux et de chiffres, de documents statistiques de toute espèce, ce livre est de ceux qui ne sauraient s'analyser. Aussi doit-on se contenter d'en faire ressortir l'idée générale, et aussi les conclusions qui découlent de ces recherches obstinées et consciencieuses.

M. H. Mireur est justement inquiet de voir que la population dans notre pays suit d'un pas trop ralenti le mouvement progressif de la population des autres contrées européennes, voisines ou rivales.

A Marseille, dans l'espace de vingt ans, de 1866 à 1886, le taux de la natalité est tombé de 32,0 p. 1000 et par an, à 28,8 et celui de la mortalité s'est accru, au contraire, de 29,4 à 31,0

De là cette conséquence que sans l'immigration étrangère, le chiffre des habitants de cette ville, depuis 1866 eut diminué au lieu d'augmenter. De cette époque à 1886, en effet, on a compté 196,833 naissances et 199,182 décès, soit un excédent de 2,349 décès sur les naissances.

Pour la France entière, le taux de natalité qui, de 1800 à 1810, était de 32,3 p 1000 est descendu à 24,6 de 1880 à 1885; d'autre part, le taux de mortalité s'est abaissé, dans la même période, de 28,4 à 22,4.

Or, pour les autres Etats de l'Europe dans leur ensemble, le taux moyen de la natalite étant de 34,1 par an et par 1000 habitants, et celui de la mortalité de 26,2, il existe en faveur du premier une différence de 7,9. Cette différence se traduit en chiffres ronds par une augmentation de population de 8 pour 1000 individus et par an dans les autres nations européennes, augmentation qui n'est en France de 2 pour 1000.

Un tel état de choses amène forcément à constater une fois de plus combien l'accroissement de population dans les divers Etats d'Europe suit une marche satisfaisante pour eux, mais menaçante pour nous. Or donc, dirons-nous avec M. Mireur, plus d'illusion possible! « S'il est vrai que la destinée des nations dépende moins désormais de la valeur individuelle que du nombre de leurs défenseurs, notre patrie est en réel danger. C'est donc à notre génération que tient son salut, qu'incombe la lourde tâche de son relèvement. Oserions-nous hésiter? L'avenir, la paix, l'honneur de nos enfants, la prospérité de la France, tout nous convie à cette grande œuvre patriotique et nationale ».

Pour conjurer ce péril, M. Mireur n'a qu'à montrer ce qu'on pourrait faire à Marseille au point de vue hygiénique, pour rassurer les esprits effrayés. En effet l'assainissement de Marseille ne répond pas simplement à un besoin local; c'est une question qui intéresse le pays tout entier, une nécessité nationale qui s'impose. Non seulement Marseille, porte de l'Orient, ne doit plus être un foyer d'infection spontanée, mais il faut que par des conditions hygiéniques, irréprochables, elle arrête au seuil de la France les épidémies qui nous viennent des climats malsains.

« Pour cela, dit M. Mireur, il n'y a qu'à vouloir pour pouvoir; car, lorsqu'une cité possède, comme la nôtre et comme appoint à son hygiène publique, les meilleures conditions de température, de l'eau en abondance, le mistral, la pente et la mer, elle peut aisément, par la main de l'homme, devenir une des villes les plus salubres du monde.

L'avenir et la fortune de Marseille, la santé et la vie de ses habitants, sont à ce prix; plus de tergiversations; à l'œuvre, si l'on ne veut encourir de terribles responsabilités. A ceux qui hésiteraient, nous opposerions cet unique argument, qu'un des arrondissements du centre de Marseille, celui de l'Hôtel de Ville, a un taux de mortalité de 47,2 pour 1000 et par an, proportion à ce point effroyable qu'elle ne peut être comparée qu'à celle des villes les plus insalubres de l'Inde ».

On pourrait réclamer pour tant de villes des réformes sinon semblables, du moins analogues à celles que M. Mireur réclame pour Marseille, que les hygiénistes ne sauraient trop crier de tous côtés, aux municipalités : Avisez et réformez. — La France est en danger!

VIII à XX. — Pour terminer ce rapide coup d'œil sur les publications relatives à l'hygiène récemment parues, nous en sommes réduits à faire une simple énumération, en regrettant de ne pouvoir insister sur ces travaux.

A propos de l'hygiène des villes, nous signalerons l'intéressante brochure du Dr Paul Jardet, de Vichy (1), le travail important du Dr Nivet (2), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Clermont-Ferrand en 1886, et la thèse du Dr J. M. Roger sur la diphthérie au Havre, sa dissémination, ses causes, et les moyens de la combattre (3).

Sur la question des eaux potables, nous avons sous les yeux une thèse de M. H. Allix (4), et celle de M. Fesquet (5).

M. Eugène Bories nous a donné un aperçu médical (6) sur la maison départementale de Nanterre (au point de vue de l'hygiène générale, du chauffage, de la ventilation, de la désinfection, des vidanges); tandis que M. Fernand Lemarinier s'occupe dans sa dissertation inaugurale (7) de la transmission de la variole et de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

MM. Dubrisay et Henri Napias ont traité (Revue d'hygiène, 1888) devant la Société de médecine publique, dans un rapport très étudié, et en s'entourant de documents qu'ils sont allés chercher un peu partout, de la question importante des hôpitaux d'isolement en Europe (8); et M. Napias seul a signé une brochure écrite avec l'émotion que le sujet comporte, sous ce titre : POUR LES PAUVRES. *Questions d'Assistance Publique* (9).

De son côté, un collègue de M. Napias, M. le Dr G. Droui-

(1) Un vol. in-8, de 395 pages. Paris, 1889. G. Masson, éditeur.

(1) In-8, Bougarel, imprimeur à Vichy, 1889.

(2) In-8 de 134 pages. Clermont, typogr. Mont-Louis, 1888.

(3) In-4 de 104 pages. Lemale, imprimeur. Thèse de Paris.

(4) *Les eaux potables et la fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 70 pages. Ollier, Henri, éditeur.

(5) *Contribution à l'étude de l'approvisionnement d'eau de boisson.* Paris, 1888.

(6) Thèse de Paris, 1888.

(7) Paris, 1888, 86 pages.

(8) Paris, in-8, de 44 pages 1888. G. Masson, éditeur.

(9) Paris, in-8 1889. Bureaux du *Progrès médical* et E. Lecrosnier et Babé.

neau, publie une étude importante sur le classement des établissements hospitaliers (2).

D'Italie nous est arrivé le compte rendu des actes de la troisième réunion des hygiénistes italiens (3), livre rempli de documents sérieux, depuis le mémoire du professeur de Pavie, l'infatigable A. Corradi sur le *commerce de chiffons dans ses rapports avec l'hygiène publique* (1), depuis le travail du Dr R. Jona, sur la prophylaxie de la syphilis, jusqu'au rapport du Dr T. Bonizzardi, traitant de l'influence des diverses méthodes de culture du riz sur l'impaludisme et sur l'étiologie des fièvres *typhoïdes*, sans compter tant d'autres travaux.

Voici enfin une brochure sur le chauffage par les poêles mobiles à combustion lente, comparé aux autres modes de chauffage par M. E. Ferrand (2). Mais à vouloir tout citer on n'en finirait pas. Je crois avoir d'ailleurs suffisamment démontré que l'hygiène est aujourd'hui d'une fécondité jusqu'ici sans exemple.

Dr Paul Fabre, de Commentry.

REVUE DES THÈSES.

Des plaies graves de l'avant-bras par Lenys. (Thèse de Paris 1888).

Pas n'est besoin de faire ressortir l'extrême vulnérabilité de l'avant-bras qui est une des parties du corps les plus exposées et les plus fréquemment atteintes et de mettre en relief son importance prépondérante chez l'ouvrier dont l'intégrité assure seule la valeur fonctionnelle de la main, pour démontrer tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des plaies graves de cette région. Qu'il s'agisse de lésions par instruments tranchants, par traits de scie, par ratissage, par coups d'engrenage, par écrasement, par action de cylindres, comme on l'observe journellement dans la population industrielle, ou qu'il soit question de blessures par armes à feu si communément observées en raison des mouvements effectués pour tirer ou charger le fusil, le chirurgien se trouve en présence de graves problèmes à résoudre. Faudra-t-il sacrifier ou conserver le membre? Et dans le premier cas on devra discuter le point où doit porter l'ablation et comment elle sera pratiquée; dans le second, on aura à s'occuper des opérations préliminaires, ligatures, extraction d'esquilles et de la question des pansements dont l'importance est majeure.

Nous cherchons dans ces quelques lignes à attirer l'attention sur un travail, bien étudié et bien présenté dans un chapitre de pathologie insuffisamment traité par la majorité des auteurs et que M. Lenys a voulu compléter sous l'inspiration si éclairée de son maître de Lille, M. le professeur Guermonprez.

Études sur les déviations de la taille d'origine réflexe, par A. Besson. (Thèse de Paris 1888.)

A côté des déviations de la taille soit symptomatiques, soit idiopathiques ou de compensation, vient se ranger toute une catégorie de courbures peu étudiées jusqu'à ce jour qui n'ont rien de mécanique, dont le caractère essentiel est d'apparaître le plus souvent chez les enfants et d'une façon fort brusque, coexistant avec des affections viscérales douloureuses du thorax ou de l'abdomen et en particulier avec la lithiase ou des abcès périnéphritiques, elles résultent de la contraction des masses sacro-lombaires dans le but d'empêcher toute compression des parties endolories situées au voisinage du rachis. Ces déviations d'origine réflexe, d'un pronostic essentiellement favorable, disparaissent en général avec l'affection causale à l'inverse de celles qui accompagnent le mal de Pott dont il importe au plus haut point de les différencier.

Contribution a l'étude des lympho-sarcomes du médiastin par L. Lagente. (Thèse de Paris 1888.)

La plupart des tumeurs du médiastin sont des lympho-sarcomes. D'un volume variable. mais pouvant atteindre celui d'une tête d'adulte, elles sont habituellement situées derrière le sternum qui pendant longtemps a été regardé comme leur point de départ. L'origine thymique et ganglionnaire est plus particuliérement admise à l'heure actuelle, de même que la structure histologique, le développement et la généralisation aux dépens des tissus lymphoïdes, la coexistence possible avec l'œdème et parfois la constatation dans le sang d'altérations leucémiques les font rattacher aux tumeurs lymphatiques et à la lymphadinie. Inutile d'ajouter que le diagnostic des lympho-sarcomes médiastinaux est d'une très grande difficulté et que la thérapeutique a peu de prise sur leur évolution.

Contribution a l'étude des abcès chroniques de la région sous-hyoïdienne, par M. Delobel. (Thèse de Paris 1889.)

On peut observer à la région sous-hyoïdienne des abcès superficiels ou sous-cutanés, des abcès profonds d'origine ganglionnaire, des abcès symptomatiques de lésions organiques voisines ou abcès par congestion. Les premiers se développent dans le tissu cellulaire situé entre la peau et l'apouévrose; les seconds intéressent les ganglions de la région, souvent celui que M. Poirir a rencontré, une fois sur deux, au-devant de la membrane crico-thyroïdienne et qu'il a pour cette raison désigné sous le nom de pré-laryngé: les troisièmes, dont la caractéristique est de présenter une évolution lente, se produisent ordinairement chez des individus d'un certain âge et reconnaissent à des lésions de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde et même du sternum. Une bonne hygiène, une alimentation azotée, l'huile de foie de morue, d'une part et de l'autre l'incision avec ou sans grattage, la ponction suivie d'injections modificatrices seront les éléments d'un traitement général et local.

Contribution a l'étude des kystes dermoïdes du cou situés dans l'espace thyro-hyoïdien par J. Fauvel. (Thèse de Paris 1887.

Les kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien sont toujours médians et se trouvent au niveau de la troisième fente bronchiale. Ils résultent de l'inclusion d'une portion du tégument externe à ce niveau. Toujours simples, uniloculaires, et composés de derme souvent doublé dans sa profondeur par un pennicule graisseux et d'un revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées, ils renferment dans leur intérieur des produits colorés tels que de la matière sébacée et des poils. Il est à remarquer qu'on n'y a jamais rencontré ni dents, ni os, ni contenu huileux comme on l'observe parfois dans les kystes de la queue du sourcil. L'extirpation mettant à l'abri de toute récidive est le seul mode de traitement à recommander.

(1) In-8 de 143 pages. Paris 1889. G. Masson, édit.

(2) *Atti della terza Riunione d'igienisti italiani tenuta nell'Ottobre* 1888, *in Bologna*. In-8 de 224 pages. Milan, G. Civelli, 1888.

(3) Tirage à part. Milan, G. Civelli, 1888.

(4) In-8, Lyon, 1889. Extrait du *Lyon Médical*.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES CANCERS DE LA LANGUE EN GÉNÉRAL ET DU PLANCHER BUCCAL EN PARTICULIER (avantages des sections osseuses) par Ch. BELLAMY. (Thèse de Paris 1888.)

Les chirurgiens qui ont à intervenir pour des cancers du plancher de la bouche ou de la base de la langue, cherchent à donner, par des opérations préliminaires, le moyen d'enlever tout le mal Ils se font du jour, soit par une brèche à la région sus-hyoïdienne, soit par la section du maxillaire. M. Richet après Roux et Sédillot préconise cette dernière opération modifiée en ce qu'elle porte sur la portion latérale de l'os et non sur la ligne médiane. Elle a pour principaux avantages de faciliter l'extirpation et de la rendre plus complète, d'exposer moins aux hémorrhagies, de rendre en tout cas plus aisée l'hémostase, de n'être accompagnée d'aucun danger réel et d'éviter les grandes difformités.

DES ABCÈS DU FOIE EXPECTORÉS, par P. BROSSIER. (Thèse de Paris 1888.)

Toute collection purulente tend à se faire jour au dehors par un trajet fistuleux, d'autant plus long que l'abcès est plus profondément situé, ce dernier peut s'ouvrir en des points variables, se créant une voie à travers les organes voisins. C'est ainsi que du foie par exemple le pus a parfois fusé vers le péritoine, les intestins, l'estomac, la plèvre, le péricarde et le poumon. La fistule hépatico-bronchique pour ne parler que de cette dernière s'établit de la façon la plus insidieuse et si le diagnostic peut dans certains cas en être établi il est cependant à remarquer qu'elle n'a pas généralement de signe pathognomonique. D'un pronostic grave surtout par les complications, elle commande une thérapeutique sévère qui conduit souvent à la guérison.

BULLETIN

LA DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES. — LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Dans un précédent bulletin (1), nous avons fait connaître la constitution de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Le premier rouage de cette organisation, en ce qui concerne l'Assistance, est le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dont nous avons à montrer le fonctionnement.

Dans la séance d'ouverture du 13 juin 1888, le Ministre de l'intérieur a défini ainsi le rôle et les attributions des membres de ce Conseil : « La constitution du Conseil supérieur de l'Assistance publique est un nouveau pas dans la voie qui nous conduira au succès. Vous éclairerez, Messieurs, notre marche dans le progrès, vous l'assurerez, vous nous donnerez les consultations les plus sûres dans la préparation des lois que nous devons présenter aux Chambres pour organiser définitivement l'Assistance publique en France. »

Prenant la parole après le Ministre, le directeur de l'Assistance publique expose les mesures prises par l'administration pour faciliter les travaux du Conseil et résume les questions sur lesquelles on désire provoquer son examen et prendre son avis. Parmi ces questions, les deux principales ont trait à la protection de l'enfance abandonnée et à l'organisation de l'Assistance publique en France. La première de ces questions a fait l'objet des délibérations du Conseil supérieur à la session extraordinaire de novembre 1888.

La protection de l'enfance avait déjà fixé l'attention des pouvoirs publics. Par arrêté du 29 décembre 1880, une Commission extraparlementaire, instituée au Ministère de la Justice, avait élaboré un projet de loi qui fut déposé le 8 décembre de l'année suivante sur le bureau du Sénat. Ce dépôt avait été précédé, de près d'une année, par celui d'une autre proposition de loi ayant le même objet, et dont les promoteurs étaient MM. Théophile Roussel, Bérenger, Dufaure, Fourichon, Victor, Schœlcher et Jules Simon. Une Commission sénatoriale fut chargée d'examiner les deux propositions et, par l'organe de son rapporteur, M. Théophile Roussel, présenta un projet unique qui fut adopté par le Sénat le 11 juillet 1883.

Porté à la Chambre des députés, ce projet fut renvoyé à une Commission spéciale dont M. Gerville-Réache fut nommé rapporteur.

La Commission accepta la plupart des dispositions adoptées par le Sénat, mais elle s'arrêta devant la question des voies et moyens propres à assurer l'exécution de la loi, c'est-à-dire devant la question financière, sur laquelle une enquête fut ordonnée. Entre temps le Président de la République, sur l'avis du Ministre de la justice, saisit de la question le Conseil d'Etat qui, dans ses séances des 7, 28 juin et 19 juillet 1888, et sur le rapport de M. Courcelle-Seneuil, vota un nouveau projet de loi.

Tel était l'état de la question quand elle a été soumise aux délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Renvoyée à l'examen de la première section, elle a été de la part de M. Brueyre, l'objet d'un remarquable rapport, et le texte du projet de loi présenté par la Commission a été arrêté d'un commun accord avec les représentants du Ministère de l'intérieur et du Ministre de la justice. La discussion approfondie de ce texte a conduit le Conseil supérieur à l'adoption du projet définitif que le Gouvernement a déposé sur le bureau de la Chambre des députés le 22 décembre 1888.

Nous ne saurions ici reproduire ce projet en entier, encore moins nous livrer à un examen des graves questions sociales qu'il soulève. Nous nous bornerons à dire que les dispositions qu'il comporte visent quatre points principaux : 1° la détermination des conditions dans lesquelles la puissance paternelle est légalement déchue ; 2° l'organisation de la tutelle un cas de déchéance de la puissance paternelle ; 3° la restitution de cette puissance paternelle ; 4° la protection des mineurs placés avec ou sans l'intervention des parents.

Ce projet a été l'objet d'un rapport de M. Gerville-Réache, au nom d'une commission de la Chambre des députés. Si l'intérêt des questions sociales ne le cédait pas si souvent aux discussions oiseuses qu'engendrent la politique et la rivalité des partis, cette première question ne tarderait pas à être résolue par le Parlement.

— L'organisation de l'Assistance publique, et plus spécialement de l'Assistance médicale dans les campagnes, est à l'étude depuis près d'un siècle. Sous l'ancienne monarchie, l'Assistance rurale était comme le monopole du clergé et de la noblesse. La constitution de 1791, complétée par des décrets ultérieurs de la Convention, dut chercher naturellement à lui donner un but et une organisation administratives. On proclama, en effet, l'Assistance des pauvres « une dette nationale » et l'on créa, en principe du moins, un service médical spécialement chargé du traitement des malades indigents à domicile. Nous disons *en principe*, parce que le plan d'assistance arrêté par la Convention ne fut pas exécuté. Depuis

(1) Voir le n° 17 (27 avril).

lors tous les gouvernements qui se sont succédé ont mis de nouveau la question à l'étude, et l'on ne compte plus les propositions de loi, les délibérations, les enquêtes, les rapports, les publications de toutes sortes, dont elle a été l'objet. On put croire un instant, en 1872, 1874 et 1876, qu'après une aussi longue incubation, un organisation définitive sortirait des délibérations parlementaires et nous-même, dans ce journal, nous cherchâmes à apporter notre modeste pierre à l'édifice en construction (1); mais on s'arrêta encore une fois en chemin. Espérons qu'il n'en sera plus ainsi cette fois et que, par l'impulsion de la Direction et du Conseil supérieur de l'Assistance publique, l'organisation tant attendue sera, dans un avenir prochain, consacrée par une loi.

Soumise d'abord à l'examen de la deuxième section du Conseil supérieur, la question de l'Assistance médicale dans la campagne a été l'objet, de la part de M. le Dr Dreyfus-Brisac, d'un remarquable rapport qui a été longuement discuté au sein du Conseil dans la première session de l'année courante, et dont les conclusions, après certaines modifications, ont été adoptées. Nous ne pouvons que nous réjouir de voir, dans ce projet voté par le Conseil supérieur, l'application des principes que nous avons posés en 1876.

« Trois grands principes, écrivions-nous à cette époque, nous semblent devoir présider à l'organisation de l'Assistance médicale, ce sont :

« 1° Au point de vue général et social, *l'obligation légale de l'Assistance des pauvres*;

« 2° Au point de vue des ressources à créer, la *mutualité entre les communes*;

« 3° Au point de vue du fonctionnement de l'œuvre et des intérêts moraux qu'elle doit sauvegarder, *la liberté du malade, la liberté du médecin.* » (2)

Les articles 1, 6 et 8 du projet adopté par le Conseil supérieur proclament l'*obligation légale de l'Assistance*. Le second paragraphe de l'article premier, en instituant les associations ou syndicats de communes, et l'article 9, en recommandant les principes sur lesquels repose le système dit « vosgien » établissent de même la *mutualité entre les communes, la liberté du malade, la liberté du médecin.*

Les autres articles du projet consacrent différents points d'organisation, tels que : l'institution d'un bureau d'assistance publique dans chaque commune ou syndicat de communes (art. 2); la détermination, par le Conseil général de chaque département, du mode de fonctionnement du service d'assistance, au mieux des convenances locales (art. 3); l'autorisation qui peut être donnée à des communes ou syndicats de communes, justifiant de ressources suffisantes, d'avoir une organisation spéciale d'assistance (art. 4); la fixation, par le Conseil général, de la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance, suivant leurs ressources et le nombre des indigents inscrits, ainsi que de la part contributive du département (art. 5); la préparation des listes d'indigents par le bureau d'assistance et leur approbation par le Conseil municipal (art. 7); le rattachement de chaque commune à un dispensaire ou à un hôpital (art. 10); les dispositions relatives au domicile de secours.

Disons, en passant, que l'Association générale des médecins de France avait porté aussi à l'ordre du jour de la dernière Assemblée générale la question de l'Assistance médicale dans les campagnes. La Commission dont M. Motet était le rapporteur avait peu de chose à ajouter au rapport de M. Dreyfus-Brisac et aux délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique; aussi a-t-elle pu se borner à reproduire les points principaux du projet qui précède et à en souhaiter la prompte réalisation.

— Dans la même session, le Conseil supérieur a eu à examiner d'autres questions, telles que la réorganisation de l'appréciation et des ventes au Mont-de-Piété de Paris; la question des dépôts de mendicité, dont l'étude, encore incomplète, sera poursuivie dans une session prochaine; l'organisation de l'inspection de l'Assistance publique, question étroitement connexe à celle qui a fait l'objet des développements précédents. Après une longue délibération, le Conseil supérieur a voté en principe l'institution d'un service d'inspection de l'Assistance publique, service départemental et composé d'agents de l'Etat. En attendant que ce service puisse être régulièrement organisé, le Conseil supérieur est d'avis que l'on confie provisoirement les fonctions d'inspecteurs de l'Assistance publique aux inspecteurs des enfants assistés, dans les départements où il sera possible de le faire sans que le service des enfants assistés et protégés s'en trouve compromis.

On voit, par ce qui précède, quel rôle important revient au Conseil supérieur dans l'étude et la préparation des lois et règlements relatifs à l'Assistance publique La compétence, l'activité, le dévouement de ses membres sont à la hauteur de leur mission. Mais ils n'ont que voix consultative : c'est à nos gouvernants et à nos législateurs de s'inspirer de leurs sages avis pour résoudre, dans l'avenir le plus prochain, ces hautes questions d'intérêt social. Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris a donné un avis favorable à l'emploi des sommes attribuées à cette administration sur le produit du pari mutuel (M. Navarre, rapporteur).

Le Conseil,

Vu le mémoire, en date du 8 juillet 1889, par lequel M. le préfet de la Seine lui soumet, pour avis, les propositions d'emploi présentées par l'administration de l'Assistance publique de la somme de 903.000 francs environ, montant de la part attribuée à ladite administration sur le produit du pari mutuel en 1887 et 1888;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'Assistance publique, ensemble les autres pièces du dossier,

Est d'avis :

De répartir ainsi qu'il suit l'emploi à faire de la somme de 903,000 francs, montant de la part attribuée à l'Assistance publique sur le produit du pari mutuel en 1887 en 1888, en ce qui concerne les champs de courses de Lonchamp, Vincennes et Auteuil :

1° Envoi d'enfants scrofuleux dans les stations thermales ou maritimes, 180,000 francs;

2° Remplacement des étuves à désinfection, 120,000 francs;

3° Installation de douteux dans chacun des deux hôpitaux d'enfants, 100.000;

4° Installation à Tenon d'un service d'isolement de six chambres pour contagieux, 50.000.

5° Installation dans dix hôpitaux de deux chambres d'isolement pour les varioleux non transportables, 50.000;

(1) *Gazette médicale*, 1876.

(2) V. *Organisation de l'Assistance médicale dans les campagnes*, par le Dr F. de Ranse, Paris P. Asselin, 1876.

6° Transformation en maternité de l'ancienne communauté de la Charité, 50.000 francs;

7° Allocation de secours représentatifs d'hospice, 200.000 f.:

8° Allocation de secours d'allaitement, 153.000 francs.

Total égal, 903.000.

— DISPENSAIRE E. ANDRÉ, A PARIS. — Mme Edouard André avait donné, il y a deux ans, à la Société philanthropique, une collection de diamants, dont la vente a produit 400.000 francs. Cette somme a servi a construire, rue Jean Marie Jégo, un dispensaire, qui a été inauguré ces jours-ci. Le Dr Polguère en a été nommé médecin.

ERRATA. — Dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*, page 335, lignes 5 et 34, lire : *W. Varrall Brisse* au lieu de *Vanole* et *Brisse*.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer le décès d'un externe des hôpitaux de Paris, M. Paul Becquet, mort à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite en pratiquant une autopsie.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Blocq est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Marie, appelé à d'autres fonctions.

Concours de chef de clinique chirurgicale et obstétricale. — Candidats : MM Varnier, Potocki, Tissier, Fournel, Demelin, Olivier, Lepage et Boissard. Le Jury est composé de MM. Verneuil, Trélat, Guyon, Duplay, Panas, Tarnier et Pinard.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le Dr Lafont, est institué pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicales.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Laplane est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Asile d'aliénés. — M. le Dr Gilbert Pettit, médecin-adjoint en disponibilité des asiles d'aliénés, ancien directeur de l'asile de réforme d'Iseure, vient d'être rappelé en activité et nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Alençon.

Asile public d'aliénés de Dijon. Internat. — Une place d'interne en médecine est en ce moment vacante à l'asile de Dijon. Les pièces à produire sont un certificat de bonne conduite. Dix inscriptions. L'interne est nourri, logé, chauffé, éclairé, avec 800 fr. d'appointements. Si le candidat a déjà été attaché à un service d'asile, il sera pris de préférence ; mais, dans ce cas, il devra produire un certificat de son chef de service. Adresser les demandes au directeur-médecin de l'asile de Dijon, M. le Dr Garnier.

Ecole de médecine navale. — Un concours pour quinze indemnités de 1,200 francs à concéder aux étudiants des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, s'ouvrira dans ces trois ports le lundi 16 septembre 1889.

Chambre des députés. — Sur la proposition de M. le Dr Javal, membre de l'Académie de médecine, les pères ou mères de sept enfants, seront exempts de toute contribution personnelle et mobilière.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

HOPITAL NECKER. SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA VESSIE.

Leçon clinique recueillie par M. le Dr DESNOS,
Ancien interne des hôpitaux.

Le malade que je me propose d'opérer dans quelques instants devant vous, est couché au n° 9 de la salle Civiale. C'est un homme de 59 ans d'une assez robuste constitution; ce qui en lui vous a certainement frappé, c'est la pâleur de son visage, ses lèvres décolorées et le facies particulier que donne une anémie profonde ou une abondante perte de sang.

Son histoire clinique se résume en peu de mots. Il n'a, en effet, aucun antécédent morbide pas plus dans l'appareil urinaire que du côté des autres organes. Il y a deux ans et demi il s'aperçut tout à coup qu'il urinait du sang, alors que la miction précédente avait été parfaitement normale; l'urine qu'il rendait était rouge, non pas simplement teintée mais d'un aspect rutilant, analogue à celui du sang pur; à la miction suivante le liquide présentait le même caractère et semblait manifestement rouge foncé du commencement à la fin. Pendant 8 jours ce phénomène se reproduisit puis disparut subitement. Aucune cause ne pouvait être invoquée : les habitudes du malade n'avaient pas changé il n'avait fait aucun écart de régime, aucun effort brusque; il ne se rappelait ni marche forcée ou prolongée, ni course en voitures, ni retenue prolongée de l'urine. L'apparition du sang était donc bien réellement spontanée et rien ne pouvait l'expliquer. D'ailleurs, pendant les huit jours qu'elle dura, le changement de coloration de l'urine constitua à lui seul toute la symptomatologie; les besoins ne furent ni douloureux ni impérieux et si les mictions étaient un peu plus répétées, c'est que le malade fort anxieux, cherchait à constater fréquemment si l'urine ne redevenait pas limpide.

Une fois cette première crise hématurique dissipée, près de deux ans se passèrent sans qu'aucun symptôme anormal apparut, l'urine resta parfaitement limpide et les mictions normales de jour et de nuit.

Vers le milieu du mois de novembre 1888 survint une nouvelle hématurie, revêtant exactement les mêmes caractères que la première, elle apparut en pleine santé, sans provoquer ni douleur ni fréquence, ni aucun trouble dans l'appareil urinaire. Cette fois, la durée de la crise fut un peu plus longue : quinze jours après seulement l'urine redevint subitement limpide.

L'accalmie dura elle-même moins longtemps et six mois après, dans le courant de mai 1889, l'hématurie reparut. Depuis lors, il y a environ cinq à six semaines, l'hémorrhagie a continué. Lorsque nous avons dit au malade d'uriner devant nous, vous avez pu constater que le liquide était d'un rouge foncé; quoique cette coloration fut répartie uniformément

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE MILITAIRE A L'EXPOSITION DE 1889

(Suite et fin.) (1).

III

La *classe* 64 *Hygiène* a été naturellement placée avec les *Sociétés de secours* qui sont très actives, comme nous le verrons, auprès du service de santé dit actif. La classe 64 comprend un peu confusément la plomberie *sanitaire*, les eaux minérales, les jeunes aveugles (?), un institut vaccinogène parisien, etc.

Je sais bien qu'il est difficile d'apparenter toutes choses et que ces désapparences ont peut-être, invisiblement, un lien de famille même avec le nom de Plutarque qui figure dans les frises (2).

L'exposition du matériel de l'*Association des Dames Françaises* (réglementée pour le service de guerre par décret du 16 nov. 1886), est des plus complètes, elle comprend absolument tout, même une bibliothèque d'ambulance que si elle ne sert pas à ce que nous appelons ainsi peut, dans les petites pertes du Tonkin, de Madagascar ou du Niger, rappeler la Patrie, la famille et faire couler de touchantes larmes sur de pauvres joues anémiées.

Le matériel de l'*Union des Femmes de France* (également réglementé pour le service de guerre par décret du 21 décembre 1886) est moins compact, mais en revanche, son pavillon de bois démontable mérite l'attention, ce serait un hôpital autrement hospitalier que la tente bonnet de police aux 29 degrés centigrades (1).

Il faut louer aussi la tentative de démonstration populaire d'enseignement primaire hygiénique faite le lundi et le vendredi à 4 heures. Cette vulgarisation retient au passage et fait hygiénistes malgré eux des visiteurs qui seraient simplement *passés*.

* *
*

Dans ces deux Sociétés de femmes du monde, de *mères de cha-*

(1) Voir les numéros précédents.

(2) Sans doute à cause de son tout petit traité des *Préceptes d'hygiène*.

(1) Rappelons à ces deux Sociétés dévouées que je n'ai pas vu dans les tentes ou pavillons de thermomètre intérieur; il ne faut pas craindre, il faut afficher ce *témoin*, qui leur sera, j'en suis sûr favorable.

dans toute la masse urinaire, les dernières gouttes cependant paraissaient un peu plus foncées; vous verrez ce symptôme acquérir une signification plus précise, lorsque je vous parlerai de l'exploration par le cathétérisme.

Dès maintenant, Messieurs, la marche des symptômes ou plutôt du seul symptôme observé, de l'hématurie, nous permet de faire une partie du diagnostic : il s'agit d'un néoplasme de l'appareil urinaire. Une telle modalité est caractéristique; parmi les caractères de cette hématurie, la spontanéité absolue est le plus important. Aucune autre affection vésicale ou rénale ne prête à confusion sur ce point. Les calculeux urinent souvent du sang; mais une cause provocatrice est toujours bien nette : c'est après une course en voiture, une marche forcée: les prostatiques aussi présentent souvent des hématuries formidables et auxquelles ils succombent quelquefois, mais elles succèdent à une rétention, à une évacuation trop rapide, à une congestion très violente. Dans les cystites chroniques invétérées ou blennorrhagiques, dans la tuberculose, du sang apparaît, il est vrai, spontanément; mais c'est avec l'expulsion des dernières gouttes et la quantité n'en est jamais aussi considérable que dans les hématuries du néoplasme.

Ces dernières cèdent toujours spontanément comme elles se sont montrées : enfin elles se prolongent pendant un temps qui est toujours plus ou moins long.

Dans un tel ensemble rien n'indique si la source de l'hémorrhagie réside dans la vessie ou dans le rein. Sans doute les hemorrhagies d'origine rénale sont souvent d'une durée moins longue; elles diminuent d'importance à mesure que la tumeur s'accroît, enfin elles présentent pendant une même crise des intermittences dues à l'oblitération passagère de l'uretère par un caillot. Mais ces phénomènes sont inconstants et c'est sur d'autres symptômes que vous devez vous appuyer. Lorsque j'ai examiné le malade qui fait l'objet de cette leçon, vous m'avez vu explorer de suite la région scrotale et rechercher s'il existait un varicocèle : je n'en ai trouvé de trace d'aucun côté; en second lieu les régions rénales, par la manœuvre du ballottement que je vous ai fait connaître : ces glandes ne sont pas appréciables par la palpation; leur volume n'a donc pas augmenté.

L'hématurie symptomatique d'une tumeur du rein s'accompagne en effet, dans l'immense majorité de ces deux signes presque constants: le développement d'un varicocèle du côté de la tumeur, dû à la compression des veines spermatiques par la tumeur d'une part et, d'autre part, d'une tuméfaction rénale qui est presque toujours notable dès que l'hématurie s'est manifestée.

Il devenait donc probable que le néoplasme qui avait amené ces hématuries avait son siège dans la vessie; mais il fallait le constater directement.

Je passe rapidement sur l'étude des urines que vous avez vues recueillies dans un bocal à côté du lit. Elles sont rouges et présentent au fond du vase un dépôt constitué par des caillots : l'examen histologique de ces masses a été fait et on n'y a trouvé que les éléments du sang et quelques cellules épithéliales sans caractères pathognomoniques. Il était important de rechercher si des débris provenant d'une tumeur ne s'y rencontraient pas; je n'ai pas été étonné du résultat négatif des recherches; des débris d'une tumeur ne se détachent que lorsque celle-ci atteint une période avancée de son développement. Les renseignements ainsi fournis ne possèdent pas d'ailleurs toute la précision qu'on serait tenté de leur attribuer tout d'abord, car les tumeurs vésicales sont souvent constituées par des parties de nature différente, et l'examen histologique peut conclure par exemple à une tumeur bénigne alors que les parties profondes sont de mauvaise nature.

Les moyens que j'ai employés pour pratiquer l'examen physique de cette vessie ont été successivement : le toucher rectal, le palper hypogastrique; enfin le cathétérisme. C'est de celui-ci que je vous parlerai tout d'abord.

Après m'être assuré, à l'aide d'un explorateur à boule, que le canal était libre, j'ai introduit une sonde molle, en caoutchouc rouge, et j'ai laissé l'urine s'écouler librement : vous avez pu voir que toute la masse est sortie uniformément colorée; puis, laissant la sonde en place pendant quelques instants, du sang presque pur s'est montré avec la dernière goutte. Pour rendre ce phénomène encore plus net, j'ai lavé la vessie avec une solution boriquée; à chaque évacuation, ce liquide ressortait de moins en moins teinté; puis la sonde étant une dernière fois laissée en place, vous avez vu de nouveau du sang pur apparaître à la fin; il devenait évident que la source résidait dans la vessie, car si l'urine était apportée toute chargée de sang des reins, la coloration aurait été toujours uniforme et les dernières gouttes n'auraient pas présenté une

---

rité (ce qui est supérieur aux simples *sœurs* de charité), ce sont des distributions de bulletins d'adhésion, des *tracts*, des troncs tricolores et une infatigable propagande faite avec une rivalité féconde par des dames que je pourrais nommer si elles n'exigeaient de la publicité un anonymat d'effacement et le seul nom de mères du soldat d'autant plus passionnées comme les vraies mères pour leurs fils de France les plus déshérités, les plus souffrants, les plus perdus dans l'éloignement colonial.

La *Société de secours aux blessés* expose une infirmière de gare et le train sanitaire Mundy qui a été un peu *vu* à Vienne, Amsterdam, Anvers et autres lieux, mais qui, malgré ces résurrections, n'en constitue pas moins le seul train sanitaire français *permanent*, sa confortable et luxueuse installation est trop connue pour nous y attarder.

* * *

Il nous reste peu de place et de temps pour mentionner :

1° Les expériences faites récemment au Val-de-Grâce pour la recherche des blessés avec des lampes au magnésium.

Cette chasse du blessé instinctivement *terré* dans les abris les plus occultes est délicate, elle ne vaut peut-être pas des chanois d'accumulateurs ou de magnéto-électriques en voiturage spécial et impédimental, mais elle justifie certes des lampes à main qui fouillent de nuit le champ de bataille, le mettent « en jour » et découvrent la vie d'un mourant.

2° Les pharmaciens qui sont battus et pas contents. L'un d'eux dans la *trace militaire* en dévalant l'arbre ou l'herbier généalogique de la profession cite les noms de Coquilliote *Claquart* (je me défierais de ses pilules) et Sureau. Bien que ce dernier nom ait des vertus emollientes, locales ou bocales, l'attaque est des plus vives contre le directeur Dujardin-Beaumetz.

Sans doute, il est dur pour une arme d'être réduit, porphyrisé, concentré jusqu'à rien, il y a là de quoi faire partir tout seuls les chassepots du *Malade imaginaire* et l'on comprend de reste que cette grande douleur n'ait pas voulu rester muette.

D'autres gémissements l'accompagnent, ceux du salon des refusés du 1er concours sérieux passé à Paris ces jours-ci avec jury unique et qui garde le nom d'Aptitude — par habitude.

On ne peut dire certes que le concours est mathématiquement une balance de précision, mais quand l'oral, l'écrit, l'amphithéâtre

coloration plus foncée comme lorsque l'œil de la sonde est en contact direct avec la source de l'hémorrhagie.

Je vidai une dernière fois la vessie et je retirai la sonde sans introduire un instrument métallique, car je considère cette manœuvre comme étant ici inutile et dangereuse. En effet un explorateur à bec court, comme celui dont je me sers pour la recherche d'un calcul et qui est le plus précieux pour ces sortes de manœuvres intravésicales, renseigne mal sur la présence d'une production molle telle qu'une tumeur de petit volume. Or, chez notre malade il est très probable qu'il en est ainsi, car l'accroissement de ces néoplasmes est habituellement d'une grande lenteur. Dans le cas présent on ne peut faire remonter le début au delà de trois ans, et toute la symptomatologie se réduit à des hématuries; il y a donc lieu de croire que la tumeur est petite. Par conséquent, il est probable que son contact avec l'instrument métallique n'éveillerait aucune sensation. Les seuls indices précis qu'on ait à recueillir en pareil cas sont une difficulté plus grande des mouvements de l'instrument dans une des régions de la vessie; or il est certain ici que la tumeur n'occupe pas une place notable dans la cavité vésicale.

Mais la considération qui m'a surtout guidé est le danger que j'aurais fait courir au malade. Vous vous rappelez qu'il est en pleine période hématurique : les manœuvres vésicales doivent par conséquent être réduites à leur minimum; le moindre attouchement, une évacuation conduite avec toute la prudence voulue, exaspèrent l'écoulement sanguin et en effet dans la journée qui a suivi l'introduction d'une sonde molle, les caillots ont été trouvés au fond du vase en abondance bien plus considérable que les jours précédents. Les mouvements d'un instrument métallique sont beaucoup plus offensifs et auraient pu provoquer une hémorrhagie dont l'abondance même aurait constitué un véritable péril pour le malade.

Ce n'est pas à dire que vous deviez rejeter complètement l'emploi d'un explorateur métallique pour ce diagnostic des tumeurs vésicales; mais vous devez choisir votre moment. Dans la période où la vessie ne saigne pas, une exploration doucement conduite est ordinairement inoffensive; mais vous devez vous en abstenir en présence d'une hématurie; les renseignements que vous recueillerez ainsi sont trop peu précis et trop livrés au hasard pour être mis en balance avec les accidents qu'on peut ainsi provoquer.

L'examen de la région hypogastrique, isolément pratiqué ne peut rien nous apprendre; j'avais eu soin de mettre la vessie à sec; dans ces conditions il faut qu'une production de la prostate ou de la vessie soit énorme pour être constatée à travers les téguments. Il n'en est pas de même en combinant cette palpation avec le toucher rectal. J'aurai à revenir sur cette manœuvre; mais je puis dès maintenant vous dire qu'on parvient en déprimant les tissus hypogastriques et en les portant à la rencontre du doigt rectal, a constater des différences d'épaisseur parfois très minimes de la paroi vésicale : dans le cas actuel, j'ai parfaitement senti qu'elle était sensiblement plus grande à droite; j'en conclus que la tumeur était sans doute située sur le côté droit de la vessie.

C'est du toucher rectal que j'ai tiré les indications les plus précieuses, et cependant, messieurs, je dois vous déclarer que je trouvais toutes les régions explorées parfaitement normales. Ces deux affirmations vous semblent peut-être contradictoires et la deuxième proposition semble paradoxale. Il n'en est rien cependant, mais il est utile de donner quelques explications sur ce point.

En présence d'une tumeur de la vessie, le bas-fond de cet organe peut se présenter au doigt qui pratique l'exploration par la voie rectale sous trois aspects différents. Dans une première forme, il est occupé par des bosselures, des irrégularités parfois même des masses comme marronées et résistantes, ou donnant lieu à la sensation d'une vessie non complètement évacuée : il s'agit alors d'une tumeur qui a envahi toute la paroi vésicale, qui s'y est infiltrée et a amené des désordres contre lesquels une intervention chirurgicale est impuissante. Je n'ai pas à discuter ici s'il y a des circonstances qui peuvent vous forcer néanmoins à ouvrir la vessie; mais une telle constatation fera écarter toute idée d'extirpation totale du néoplasme, en un mot d'opération radicale.

Un second cas se présente dans lequel la paroi vésicale parait intacte et physiologique à la surface, du côté du rectum; mais en exerçant sur un point une pression un peu forte on constate qu'elle est moins dépressible, qu'elle résiste davantage; il existe alors sur ce point une production morbide plus ou moins pédiculée, qui peut même présenter un certain degré d'infiltration, histologiquement appréciable, mais que le toucher ne nous révèle pas, pas plus que la vue lorsque vous avez ouvert la vessie. Une opération en pareil cas vous

---

et la clinique sont publiquement entendus comme *témoins* par tous les intéressés, il est difficile au jury de malverser.

Même pour ceux qui ne veulent pas être consolés, c'est affaire de revanche l'an prochain ; vraisemblablement les triomphes sans préparation et les espèces de « victoires d'Afrique » de l'aptitude ont gâté d'excellents candidats qui piocheront plus profond pour mars 1890.

Ce qu'il faut, c'est tenir grand compte de l'épreuve publique d'hier pour le CHOIX qui n'est pas public lui, placer les premiers dans les bons hôpitaux et les autres dans de pas trop mauvais, ne pas les exiler en Afrique surtout. Tous, même les courages malheureux ont « bûché » pour sortir de pair, pour « mettre une poignée à leur nom » comme disent les Anglais et il faut en tenir compte.

***

Cette sélection naturelle mettra fin dans quelques années seulement (car les mesures de faux jugement ont une vitesse acquise) à la situation actuelle dont la responsabilité incombe aux deux Directeurs précédents et insuffisants.

Actuellement (Annuaire de 1889) sur les 250 premiers majors de première classe, il y en a dans les hôpitaux :

40 de l'ancien concours ;
35 qui n'ont que l'aptitude ;
2 qui n'ont rien du tout.

Par contre 22 ayant passé les épreuves publiques de l'ancien concours d'hôpitaux sont dans les régiments.

Comment cela a-t-il pu être CHOISI et quels en sont les résultats de maltraitement et de mortalité dans plusieurs petits coins? personne ne le saura jamais.

***

Ces désignations au doigt mouillé n'ont pas été sans causer force retraites anticipées. Je crois avoir donné le branle de cet exode au 1er janvier 1887; cela a entraîné paraît il beaucoup de camarades, car l'*Avenir militaire* imprime qu'il n'y a aujourd'hui que six majors de première classe ayant plus de trente ans de service. Il y en a 15 environ mais c'est étonnamment peu. Et nous dirous au Directeur actuel de la 7me Direction.

« Mon cher camarade de promotion, vous avez déjà révolutionné

donnera des résultats variables, et qui sont subordonnés à l'étendue de cette infiltration. Mais vous êtes autorisés à chercher une extirpation totale et rien ne vous indique si vous avez ou non dépassé les limites du mal.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, le toucher rectal est complètement négatif, comme chez notre malade; vous pourrez constater en effet que la prostate est régulière, d'un volume plutôt petit en égard à l'âge du malade, les vésicules sont saines; enfin au-dessus on sent le bas-fond de la vessie lisse, uni, dépressible et d'une homogénéité parfaite. Devrez-vous pour cela repousser le diagnostic de tumeur de la vessie? Bien au contraire: d'abord des tumeurs peuvent se développer dans une région vésicale autre que le bas-fond et cette dernière région reste alors bien entendu, tout à fait normale.

Mais l'absence de signes physiques que vous fait constater le toucher rectal vous permet une autre conclusion; c'est que la tumeur est petite, c'est qu'elle ne s'implante que sur une petite étendue, qu'elle est très probablement pédiculée; en un mot elle vous offre les meilleures conditions opératoires.

L'interprétation de tels signes négatifs, sur laquelle j'insiste depuis plusieurs années déjà, n'a pas toujours été bien comprise, aussi bien en France qu'à l'étranger, et beaucoup de chirurgiens ne lui attribuent pas toute la valeur qu'elle comporte. Il semble que le fait de ne pas constater la tumeur par le toucher, retire le droit de poser un diagnostic. Or vous avez pu voir qu'en étudiant avec soin les symptômes fonctionnels, en suivant pas à pas la marche de l'affection nous arrivons à un diagnostic certain. L'exploration rectale précise le diagnostic et nous indique quelles sont les connexions de la tumeur. A ce point de vue, nous en savons autant lorsque nous avons eu sous le doigt une paroi dépressible et normale que lorsque nous sentons des masses indurées et bosselées. Dans le premier cas la tumeur est petite ou pédiculée, non infiltrée; dans le second la paroi est toute entière envahie.

Les conséquences opératoires en découlent d'elles-mêmes, et c'est au point de vue opératoire que cette constatation est surtout importante. La nécessité d'un diagnostic précis a conduit Thompson, vous le savez, à pratiquer une opération exploratrice, une boutonnière périnéale par laquelle le doigt va explorer la vessie et se rendre compte du volume, du nombre, de la forme des productions. Il ne faut pas croire qu'une constatation de ce genre soit facile: l'exploration digitale est ellemême forcément incomplète, surtout au point de vue des connexions avec la paroi; après avoir exploré la surface libre de la tumeur on ne sait guère mieux si la paroi vésicale est infiltrée et à quel degré: Or vous venez de voir que le toucher rectal vous donne ces renseignements avec une précision plus grande; le toucher direct de la tumeur à travers une étroite ouverture ajoute peu de chose à ces renseignements.

An toucher rectal ainsi pratiqué il faut joindre la palpation hypogastrique. Cette exploration bimanuelle, après évacuation de la vessie, permet de sentir, lorsque le sujet n'est pas obèse, la différence d'épaissenr et de souplesse de la paroi. Chez notre malade, je vous l'ai dit, c'est du côté droit que la paroi paraît ainsi épaissie.

Il me reste à vous dire quelques mots de l'emploi de l'endoscope qui est fort en honneur aujourd'hui, et notamment en Allemagne où Nitze a surtout contribué à en vulgariser l'usage. Je n'ai même pas essayé de l'appliquer ici même en l'absence presque complète de signes physiques. En voici les raisons: si l'introduction d'un explorateur métallique m'a semblé contre-indiqué et si je l'ai considéré comme offensif, à plus forte raison devais-je m'interdire de faire pénétrer dans la vessie un instrument plus volumineux et d'un maniement moins commode. Mais en outre toute tentative d'éclairage de la vessie aurait été vaine. Vous savez avec quelle facilité la paroi saigne au moindre contact: or la condition première et absolument nécessaire pour un examen cystoscopique est d'avoir un milieu limpide, une quantité faible de sang suffit pour obscurcir toute la cavité et cet accident se serait infailliblement produit dès les premières manœuvres. Cet examen n'est possible que dans les intervalles des hématuries, je n'aurais donc pas pu m'y livrer car depuis que notre malade est soumis à notre observation, il n'a pas présenté un seul jour des urines assez claires pour qu'on pût tenter d'éclairer sa vessie.

« beaucoup d'abus de conserve, révolutionnez dès que vous le « pourrez le classement clandestin au choix. Les lois d'avancement faites pour l'armée qui ne bataille qu'à intervalles ne sont pas « absolument applicables à un corps technique qui a charge continue de vie humaine et étreint en bon combat quotidien la « fièvre typhoïde. Il importe d'avoir les meilleurs aux chevets de « nos enfants et aux directions d'hôpitaux. Je vous entends dire « que vous avez trouvé toutes choses en désarroi et que vous « avez eu à défaire avant de bien faire. Cela est su.

« Vous venez de publier la Statistique de 1886, c'est bien; celle « de 1887 va paraître, c'est mieux; vous voulez donner 1888 sous « peu et désormais tenir à jour et au grand jour votre comptabilité de vie humaine, vous montrez « vos livres » que cachaient « les prédécesseurs — c'est à merveille. »

Dr Chassagne.

BACTERIOLOGIE

Recherches expérimentales sur le traitement de la diphtérie. Par MM. Chantemesse et Widal (1).

Le bacille que Klebs, puis Loeffler ont isolé dans les fausses membranes de la diphtérie est aujourd'hui reconnu comme l'agent pathogène de la maladie, grâce aux travaux de Roux et Yersin.

L'opinion formulée, il y a longtemps, par M. Jaccoud que la diphtérie est une maladie commençant par une infection locale susceptible de généralisation est démontrée exacte par l'expérimentation.

On peut trouver, dans les cas d'infection profonde des bacilles de la diphtérie dans l'urine, dans le foie et dans le rein, même dans d'autres organes, mais le foyer principal est toujours au niveau des points où siègent les fausses membranes. N'étaient les accidents d'ordre purement mécanique, l'obstruction des voies respiratoires, on peut dire que tout le danger de la diphtérie vient de la résorption des substances chimiques élaborées par les bacilles. De toutes les maladies infectieuses la diphtérie est celle où l'on voit le plus nettement le rôle de l'intoxication. Tout diphtéritique est atteint d'empoisonnement léger ou grave. Si la quantité de poison qui entre dans l'organisme est trop grande, soit parce que la lésion locale, la fausse membrane, est très vaste, soit parce que le bacille est particulièrement actif ou virulent le malade succombe fatalement. La

(1) Communication faite à la Société de médecine publique.

mort peut être aussi la conséquence plus tardive de lésions anatomiques créées par l'empoisonnement. Enfin, quand le poison est résorbé en quantité minime, on qu'il est détruit par la nutrition cellulaire, on qu'il est suffisamment éliminé par les émonctoires, le malade guérit. La première indication est donc de supprimer la source du poison. On conçoit que cette suppression, fût-elle immédiate, peut rester dans certains cas inefficace parce que au moment de l'intervention l'empoisonnement mortel est effectué. Le plus souvent, avec l'élimination complète ou partielle de la cause, on peut espérer que la résistance organique triomphera. Il faut donc attaquer le mal localement et le plus vite possible.

Depuis longtemps, on s'est efforcé de réaliser cette indication, inspirée par la clinique et diverses substances ont été préconisées et délaissées : telle qui réussissait dans les mains d'un médecin échouait entre les mains d'un autre.

Avant d'exposer nos recherches, nous devons faire remarquer ce premier fait : Dans les laboratoires, quand on étudie l'action d'un antiseptique vis-à-vis d'un mibrobe, on se préoccupe surtout de connaître les substances qui diminuent, arrêtent ou suppriment son développement, et on conclut. Cependant, ce qui fait le danger d'un microbe pathogène c'est sa virulence, non sa faculté de germer, ces deux propriétés, virulence et développement ne sont pas inséparables. Telle substance qui n'entrave que peu ou pas le développement d'un microbe est taxée d'inefficace ; elle peut cependant, posséder une action sérieuse sur sa virulence. C'est ce qui explique peut-être que tels ou tels antiseptiques déclarés sans valeur vis-à-vis d'un microbe ont pu paraître très utiles à des observateurs qui étudiaient leur action sur des malades. Il y aurait donc dans cette étude d'un traitement antiseptique, à tenir compte de la modification de virulence imprimée au virus par l'antiseptique. C'est une recherche difficile à faire, mais qui doit être tentée.

D'autre part, en envisageant le problème sous une autre face et en s'appuyant sur les lois de la microbie générale, on peut dire que toute substance qui détruit vite un virus, possède d'une façon générale un grand pouvoir sur sa virulence. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons entrepris nos recherches.

Le manuel opératoire a été le suivant :

Des fils de soie stérilisés ont été immergés dans une culture de bacilles diphtériques virulents, puis desséchés à l'étuve. Ces fils étaient alors plongés pendant une, deux et trois minutes dans le liquide antiseptique à essayer ; au sortir de ce bain, on les plaçait soit dans de l'eau distillée stérilisée, soit dans de l'alcool à 95° pour les priver de la petite quantité de liquide antiseptique qu'ils auraient pu emmagasiner et entraîner avec eux.

Ils étaient ensuite inoculés dans des tubes de bouillon pur et mis à l'étuve. Des fils témoins qui n'avaient pas été soumis à l'antiseptique subissaient les mêmes lavages avec l'eau stérilisée et l'alcool à 95° ; ils donnaient de très belles cultures.

Signalons immédiatement pour les éliminer les antiseptiques dont l'action pendant trois minutes ne nous a donné aucun résultat utile : l'eau de chaux, le tannin en solution aqueuse à 2 0/0, l'acide phénique à 1 0/0, l'acide borique à 4 0/0, le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc à 1/2 0/0, l'eau naphtolée, l'eau salolée, l'acide salicylique en solution alcoolique à 5 0/0, le perchlorure de fer en solution aqueuse à 1 0/0, le biiodure de mercure à 1/2 p. mille, soit pur, soit additionné d'acide tartrique ou d'acide citrique.

Nous arrivons à l'étude de substances qui, dans nos expériences, nous ont paru avoir une action véritablement efficace. Nous avons étudié d'abord les effets du liquide du Dr Soulez (de Romorantin). Il est composé de 5 grammes d'acide phénique pur, servant à dissoudre 20 grammes de camphre et additionné de 30 grammes d'huile d'olive. Le mélange a une action efficace, il retarde la culture, mais il ne l'empêche pas, même après trois minutes de contact.

L'addition d'acide tartrique, suivant la méthode de M. Gaucher, n'augmente pas son pouvoir antiseptique.

Ce résultat découle, croyons-nous, de la présence d'huile d'olive dans le mélange. On sait, en effet, que les corps gras et les huiles servent très difficilement de milieu de stérilisation parce qu'ils ne mouillent pas les cellules.

Plus efficace que les substances précédentes est le naphtol camphré, introduit dans la thérapeutique par M. Bouchard. Il a déjà été utilisé contre la diphtérie par M. Le Gendre ; M. Chauffard, dans son service de l'hôpital Broussais, en a obtenu de très bons effets.

Le mélange auquel nous donnons la préférence est le suivant. Il nous a été obligeamment préparé par notre interne en pharmacie, M. Malfuson, 25 grammes de glycérine sont ajoutés à 25 grammes d'acide phénique pur et 20 grammes de camphre. Le liquide est agité, mis pendant dix minutes dans un bain-marie d'eau bouillante. On laisse refroidir. Par le repos le mélange se divise en 2 couches, une, inférieure, liquide, l'autre, supérieure, blanche, visqueuse, formée par un glycérolé de phénol et de camphre. Des fils de soie chargés de virus diphtérique virulent sont plongés pendant vingt secondes dans ce glycérolé, lavés ensuite dans l'alcool à 95° et inoculés dans un tube de bouillon. Les tubes restent stériles. Il est bien entendu que l'alcool à 95° ne détruit pas le bacille de la diphtérie.

Nous n'avons pas encore porté dans le domaine de la clinique cette donnée de laboratoire. Le mélange est facilement caustique, assez adhérent aux surfaces sur lesquelles on le place ; on pourrait sans inconvénients en toucher les parois d'une gorge atteinte de diphtérie, une ou deux fois par jour. Toutes les heures on ferait de grands lavages avec de l'eau phéniquée. L'application doit être précédée d'un nettoyage de la gorge avec un tampon d'ouate assez dure pour enlever les fausses membranes. C'est sur la muqueuse mise à nu que l'antiseptique produira les meilleurs effets. Il n'est pas douteux que la cure d'un foyer atteint de diphtérie dépend non seulement de l'antiseptique mais aussi des soins et de l'habileté du médecin qui fait le pansement. L'énergie qu'on apporte à enlever toutes les fausses membranes, les grands lavages, le pansement local fréquent, même avec un antiseptique médiocre, constituent des éléments de succès auxquels on ne saurait donner une trop grande part.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par S. Henry Thompson. — Traduites par le Dr Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux.

Nous n'avons plus à faire connaître au lecteur les leçons cliniques de Thompson qui sont devenues classiques en France depuis un grand nombre d'années. Cependant les progrès de la chirurgie avaient rendu nécessaires certains remaniements, et surtout des additions nombreuses. La huitième édition anglaise de ces leçons est en somme très différente des premières ; aussi M. Jamin a-t-il rendu au public médical un véri-

table service en faisant de cet ouvrage une traduction où la netteté et le bonheur des expressions, la clarté du style ne l'ont pas empêché de rester parfaitement fidèle au texte de l'auteur.

Si le plan général de l'ouvrage est sensiblement modifié, certaines parties se retrouvent telles que Thompson les a présentées il y a une vingtaine d'années. Il en est ainsi des rétrécissements de l'urèthre : l'auteur recommande ici les mêmes procédés qu'autrefois ; il accorde à juste titre toutes ses préférences à l'urethrotomie interne qui n'a cessé de lui donner d'excellents résultats tant immédiats qu'éloignés ; il repousse victorieusement les objections qu'on a tirées des dangers d'hémorrhagie, d'infiltration, etc. L'opinion d'un tel chirurgien, aussi nettement formulée et affirmée de nouveau au moment où des tentatives se multiplient pour détrôner l'uréthrotomie, est des plus précieuses à enregistrer, d'autant plus que, dans les quelques lignes qu'il consacre à l'électrolyse, par exemple, il se renferme dans une froide réserve vis-à-vis des procédés auxquels ces applications ont donné lieu.

Les chapitres où il traite de l'hypertrophie prostatique sont peu nombreux et il n'a pas reproduit l'expression étiologique et anatomo-pathologique des premières éditions. Il se borne à un court résumé symptomatique et accorde plus de détails au traitement. Reconnaissant et proclamant la nécessité du cathétérisme dès que la vessie retient une certaine quantité d'urine, il fixe les règles du cathétérisme chez les prostatiques et en décrit minutieusement le manuel opératoire. L'intervention radicale ne lui semble pas justifiée. Il considère comme inutiles ou dangereuses les opérations dirigées contre la tuméfaction prostatique par la voie uréthrale, suivant le conseil de Mercier : il n'a pas plus de confiance dans celles qui se pratiquent par une voie artificielle périnéale ou hypogastrique, quoique ces dernières opérations et surtout la section sus-pubienne lui semblent mieux justifiées. C'est que, tout en reconnaissant la possibilité d'attaquer les prostates par ces moyens et d'en modifier les dispositions anatomiques, on ne change rien à l'état de la vessie et que la dégénérescence de ces parois tient le pronostic sous sa dépendance ; on regrette que Thompson n'ait pas cru devoir rappeler ici que c'est au professeur Guyon qu'on doit une conception nouvelle du prostatisme. Il est en effet maintenant démontré que l'hypertrophie de la prostate ne constitue pas une affection isolée mais que la vessie, les uretères, les reins sont simultanément frappés de dégénérescence, qu'il s'agit en un mot d'une sclérose étendue à tout l'appareil urinaire.

La lithotritie, les tailles périnéales ne présentent rien qui soit de nature à nous arrêter. Il n'en est pas de même de la taille hypogastrique à laquelle Thompson a apporté un certain nombre de modifications personnelles. Il emploie le ballon de Petersen et pratique les temps préliminaires à peu près comme le chirurgien allemand ; mais arrivé sur la vessie il en divise les tuniques par dissociation soit avec l'ongle, soit plutôt à l'aide d'un crochet d'ivoire, précaution prise dans le but de s'opposer à une hémorrhagie, et qu'on jugera le plus souvent inutile si on considère la facilité avec laquelle s'arrêtent les hémorrhagies vésicales dès que la vessie est incisée. Une sonde est maintenue pendant les quarante huit premières heures dans la plèvre puis retirée et le malade est alors placé alternativement dans le décubitus latéral droit et gauche, les urines s'écoulent sur des linges disposés à cet effet Un bon drainage de la vessie est, à beaucoup d'égards, préférable à cette manière d'agir.

Thompson a largement contribué dans ces dernières années à enrichir l'étude des tumeurs de la vessie. Il insiste sur les difficultés qu'on éprouve à se renseigner sur la nature, la forme, le volume d'une production vésicale à l'aide d'une sonde métallique. Il signale également ce fait que les parois vésicales sont rarement prises dans leur totalité et que le toucher rectal ne donne aucun renseignement, mais sans faire ressortir toute la valeur de ce signe négatif au point de vue du diagnostic topographique et du traitement. Il en est de même de l'hématurie : symptôme d'une importance telle que sa modalité, sa disparition et ses retours subits permettent d'établir sur ce seul symptôme un diagnostic presque certain.

L'éminent chirurgien anglais semble passer un peu rapidement sur ces symptômes fonctionnels et montre ses préférences pour l'exploration digitale de la vessie. Hâtons-nous de dire qu'il ne pratique pas cette opération dès qu'il a un doute sur la nature d'une affection vésicale, ainsi qu'on lui en a fait le reproche injustement. Si le diagnostic des tumeurs de la vessie s'impose à la suite, par exemple, de l'expulsion d'un fragment de tumeur par l'urèthre, l'exploration directe est inutile : si au contraire des signes de tumeur existent sans qu'on puisse en affirmer l'existence, Thompson n'hésite pas à pratiquer une boutonnière périnéale, à introduire le doigt dans la vessie et à se rendre compte directement du nombre du volume, du mode d'implantation, de productions. En un mot cette manœuvre lui sert non pas à faire, mais à préciser le diagnostic. Ajoutons enfin que le plus souvent cette opération devient en même temps curative et que Thompson extirpe le néoplasme par la voie qu'il a ainsi ouverte, toutes les fois que la chose est exécutable.

L'espace nous manque pour parler des autres chapitres de ce livre : on voit que loin de se substituer aux précédents ouvrages de l'auteur, il les complète en mettant le lecteur au courant des principaux progrès de la chirurgie urinaire, auxquels Thompson a contribué pour la plus large part.

Dr C. Desnos.

REVUE DES THÈSES.

De la fracture marginale antérieure de la malléole externe ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné, par le Dr L. Le Roy. (Thèse de Paris).

Les chirurgiens paraissent ne pas avoir porté leur attention sur un mode particulier de fracture du péroné. Il s'agit de l'arrachement de la portion antérieure de la malléole externe, autrement dit de la fracture verticale de cette portion osseuse. L'auteur en rapporte neuf cas, dont deux appartiendraient au chirurgien anglais Wagstaffe, et sept au professeur Lefort.

L'observation personnelle qu'il publie est afférente à un de ces derniers. En présence des renseignements, fort peu importants naturellement, fournis par les publications anciennes et récentes, l'expérimentation cadavérique fournissant un supplément d'instruction a permis d'étudier le mécanisme qui préside à la production d'une semblable fracture et un peu aussi à celles des fractures de la mollécule externe en général.

La fracture verticale est principalement due à l'arrachement qui se produit dans l'adduction simple ou combinée avec l'extension, mais surtout dans l'adduction directe ou avec rotation en dedans de la plante du pied par l'intermédiaire du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale inférieure : la solution de continuité se trouve le plus souvent à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la malléole.

L'ecchymose légère sur la partie externe du pied, la douleur vive à la pression, l'élargissement antéro-postérieur de l'extrémité osseuse l'insuccès du massage, constituent les principaux caractères symptomatologiques. La réduction et la contention du fragment sera le plus souvent fort difficile. Cependant les conséquences de la déformation pourront être évitées ou restreintes en combinant des pressions modérées avec l'attitude du pied qui doit être placé de manière à relâcher le ligament antérieur de l'articulation pérnéo-tibiale inférieure.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MÉCANISME DES FRACTURES DE JAMBE. par L. P. A. BOUQUET. (Thèse de Paris).

Le mécanisme des fractures de jambe varie suivant que la cause est directe ou indirecte, c'est-à-dire suivant que la violence extérieure a été appliquée au niveau ou à une certaine distance du point fracturé. Cette division est exacte à la condition d'y apporter avec l'auteur un léger correctif en rangeant aussi dans les fractures directes celles où le point d'application de la violence extérieure assez peu éloigné produit les fractures par contre-coup de Malgaigne. La force vive se trouve ici moins grande que la résistance à la pression, un certain degré de flexion en résulte et la limite d'élasticité atteinte il y a rupture. Celle-ci se produit au niveau même où agit la cause extérieure quand la force vive est supérieure à la résistance, à la pression de l'os.

L'auteur a tout particulièrement étudié les fractures par cause indirecte. Il émet à ce sujet des vues personnelles destinées à éclairer la question d'un nouveau jour. Leur mécanisme repose sur la cessation de l'équilibre et par suite sur les déviations pathologiques de la vertical du centre de gravité : fracture du coup de pied provenant de déviations latérales soit par adduction, soit par abduction ; fractures du corps des os de la jambe consécutives à ses déviations antéro-internes dues à la flexion simple ou la flexion accompagnée de rotation instinctive. La fracture pénétrante sus-malléolaire fait seule exception en ce qu'elle survient dans la position d'équilibre.

L'auteur était préalablement entré dans de longues considérations anatomiques et physiologiques pour bien montrer les oscillations que subit dans les divers mouvements la verticale passant par le centre de gravité.

TRAUMATISME ET NÉVROPATHIE, par CH. BATAILLÉ, un vol. in-8. (Delahaye et Lecrosnier éditeurs, Paris.)

Si dans l'étiologie des maladies nerveuses la première place appartient sans nulle conteste à l'hérédité, il faut tenir compte aussi des prédispositions qui peuvent s'établir soit au moment de la conception, soit pendant la gestation, soit encore durant la première enfance. L'état névropathique attend souvent de longs mois après la naissance pour se manifester. Aussi, avant d'attribuer le développement d'une maladie nerveuse à une cause accidentelle, le traumatisme par exemple faudra-t-il démontrer que le malade n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel. On a grande tendance aujourd'hui à rapporter certains cas de paralysie générale. d'ataxie locomotrice, d'aliénation mental, d'épilepsie, d'éclampsie, de chorée, d'hystérie, de paralysie agitante, à l'action d'une violence extérieure : l'auteur réagit avec force contre une telle façon d'interpréter les faits, signalant à peu près toujours le trauma comme simple cause occasionnelle réveillant un état diabétique. Les déductions à tirer surtout au point de vue légal sont ici d'une extrême importance et se résument le plus souvent dans la fixation du chiffre de l'indemnité à accorder. En matière de responsabilité civile, il faut se rappeler que si la prédisposition est nettement démontrée par les antécédents c'est à elle et non au traumatisme qu'il convient d'attribuer la plus grande part de l'affection survenue. Ceci ne veut pas dire que nous refusions au trauma tout rôle étiologique. A propos de l'épilepsie par exemple, il est indéniable que cette affection a pu se montrer à la suite d'une chute sur la tête et cesser comme par enchantement après l'intervention chirurgicale. Il est certain encore que Brown-Séquard l'a non seulement produite expérimentalement, mais qu'il a fait apparaître de toutes pièces l'influence héréditaire puisque des coaybes rendus épileptiques ont pu transmettre l'affection à leurs descendants.

Il convient de se rappeler que certains phénomènes, névralgies, paralysies, contractures, délire, paraissant parfois provoqués par le traumatisme, ne sont souvent que les simples manifestations d'un état hystérique. Nous estimons cependant, qu'en présence des données nouvelles il est hasardeux de vouloir considérer avec l'auteur le tétanos traumatique comme une manifestation d'ordre névropathique, même quand on a à citer le fait de ce jeune officier dont parle Percy, qui doué d'une sensibilité trop exaltée et d'une irritabilité excessive fut le seul à être atteint pendant le cours de l'évacuation des blessés d'Eylau sur Thorn.

Et si le traumatisme ne cause pas, mais réveille la névropathie, quelle peut être son influence sur cette dernière, comment à son tour la névropathie retentit-elle sur le traumatisme? Accidentel ou opératoire, le trauma peut avoir une action funeste sur la maladie nerveuse qui ne doit pas cependant être considérée d'une façon absolue comme une contrindication à toute intervention chirurgicale. Quant à l'évolution des traumatiques, l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, les affections en somme susceptibles de provoquer des troubles trophiques peuvent avoir seules une influence fâcheuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES, par C. BERTON.(Thèse de Paris).

Le polype muqueux des fosses nasales est constitué par un revêtement épithélial cylindrique ou pavimenteux, reposant sur une membrane basale supportée elle-même par une zone partout continue et constante d'éléments cellulaires arrondis, rappelant par leur forme l'aspect des cellules embryonnaires ou des leucocytes. La plus grande partie de la masse de la tumeur est composée d'une substance qui, d'une façon générale, se coagule et prend l'aspect réticulé sous l'action des réactifs tels que l'acide acétique et l'alcool, en d'autres termes par de la mucine ou mucosine. C'est à elle que les polypes muqueux doivent leur aspect hyalin et leur consistance gélatineuse. Les vaisseaux à globules rouges étant fort rares, on s'explique pourquoi l'ablation d'une telle excroissance n'est généralement pas suivie d'un écoulement sanguin important. Signalons onze intéressantes observations et examens histologiques qui servent de base au présent travail.

DES PLAIES DE L'INTESTIN PAR ARMES A FEU, par J. H. BARNARD. (Thèse de Paris).

Toute plaie abdominale produite par une balle de petit ou de gros calibre doit faire songer à la laparotomie qu'on pratiquera sans hésitation, si les signes de pénétration sont certains La sonde exploratrice maniée avec prudence renseignera et si besoin est des débridements seront pratiqués, jusqu'à ce que le péritoine soit mis à nu. Il faut peu se fier au tympanisme précoce, à la diminution de l'étendue de la matité hépatique normale à l'emphysème des bords de la plaie et des parois abdo-

minales, à la douleur vive et limitée, aux résultats fournis par le cathétérisme, par l'examen des urines et des sels, au shock à tous ces symptômes dont l'inconstance est reconnue et dont la valeur diagnostique n'est pas toujours absolument précise. En cas de plaie pénétrante, on pourra différer un peu l'opération si le shock tend à disparaître. Mais si ce dernier va en s'aggravant, si l'hypothermie s'accentue il faut conclure à l'existence d'une hémorrhagie et opérer sans que les lésions d'autres viscères abdominaux puissent constituer une contrindiction. La laparotomie devant fournir des résultats d'autant meilleurs qu'elle aura été plus hâtivement faite, l'auteur la recommande aux médecins des villes, de la campagne et de l'armée. Il n'admet pas les difficultés d'installation et termine son travail en décrivant le manuel opératoire qu'il convient d'adopter.

Voilà un chaud plaidoyer en faveur de l'acte chirurgical! M. Barnard se range sans hésitation du côté de ceux qui ne veulent pas compter sur l'enkystement ni sur les fausses membranes, du côté de ceux qui avec Trélat, Pozzi et Chauvel pour ne citer que quelques noms, conseillent l'opération rapide. On sait que la question a été longuement traitée soit au Congrès soit à la Société de chirurgie : si le principe de l'intervention paraît avoir été admis, les avis diffèrent encore sur le moment où il faut agir.

Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu et particulièrement de celles observées a Formose et au Tonkin pendant la campagne de Chine (1883-1885), par P. Gouzien. (Thèse de Paris).

Après avoir défini ce que l'on doit entendre par plaies pénétrantes de poitrine, l'auteur en trace l'anatomie pathologique et en impose la symptomatologie. Passant rapidement sur les complications qui peuvent survenir, sur le diagnostic différentiel et la terminaison, il montre le pronostic variant d'après l'organe lésé, d'après les qualités du projectile, sa forme ses dimensions, sa vitesse. Et en vertu du *primo non nocere*, il insiste sur l'inutilité de l'exploration, sur les dangers que fait courir la recherche du corps vulnérant, sur les bienfaits de l'autopsie.

Le titre de l'ouvrage et le nombre de pages qu'il comporte nous avait fait espérer un travail documentaire, qui, mis à côté de celui déjà sommairement établi par notre collègue Nimier eût pu fournir un sérieux appoint à l'histoire chirurgicale de l'expédition du Tonkin. Notre espoir a été en partie déçu; non seulement nous n'avons nulle part trouvé justification des 10 0/0 de mortalité accusés par l'auteur, puisque sur 18 observations de plaies pénétrantes de poitrine nous relevons 3 morts et 15 guérisons, mais encore il n'est question que de 10 blessures reçues en Extrême-Orient, les 8 autres se rapportant à des cas observés en France et soignés dans les hôpitaux maritimes.

De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode, par A. Baillet. Thèse de Paris).

On s'est, à bon droit, préoccupé de faire disparaître la douleur excessive qui est généralement ressentie après le traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection de teinture d'iode. Sans en arriver à abandonner complètement ce dernier médicament comme M. Pollaillon le fait pour y substituer le chlorure de zinc au dixième d'après M. Lerond (Thèse de Paris 1887), on pourrait faire précéder l'injection caustique d'une injection de 80 grammes d'une solution cocaïnée au centième. La méthode serait applicable à l'hydrocèle vaginale non congénitale et à l'hydrocèle enkystée du cordon.

Recherches sur l'hémato-spermie (éjaculations sanglantes), par B. Lansac. (Thèse de Paris).

Par opposition à l'hémato-spermie fausse, dont une uréthrite ou une prostatite peuvent être le point de départ, l'hémato-spermie vraie est, d'après l'opinion généralement admise, symptomatique d'une lésion des vésicules séminales. Que celles ci soient congestionnées par excès de coït, de masturbation, ou au contraire par une continence trop prolongée, par une abstinence absolue, par un trop long séjour au lit dans le décubitus dorsal, les éjaculations sanglantes peuvent se manifester. En tous cas l'uréthrite aiguë ou chronique est la cause la plus connue de l'affection due dans ces cas à une vésiculite blennorrhagique.

De la blessure du péritoine dans la taille hypogastrique, par C. Méja. (Thèse de Paris).

Comme le disait M. Segond dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, si la taille hypogastrique est brillante et aisée, c'est assurément aux facilités créées par l'emploi du ballon de Pétersen qu'il faut attribuer ces résultats. Le gonflement rectal et la dilatation vésicale repoussant le cul-de-sac péritonéal mettent en rapport direct et relativement étendu la vessie avec la paroi abdominale. La blessure du péritoine par le chirurgien qui pratique la cystotomie devient, dans des conditions, une rareté; néanmoins comme elle a pu se produire, l'auteur prend soin de conseiller certains traitements suivant les dimensions de la plaie et plus spécialement le drainage vésical avec les tubes de Périer-Guyon. C'est le plus sûr moyen de mettre le malade à l'abri des accidents consécutifs à l'opération que celle-ci ait été ou non compliquée d'une blessure du péritoine.

Du traitement des fractures de la clavicule. — Bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue, par M. Rosenthal. (Thèse de Paris).

Le traitement des fractures de la clavicule a toujours préoccupé l'esprit des chirurgiens et exercé leur ingéniosité en raison de la difficulté que l'on éprouve à maintenir les fragments dans une bonne position pendant toute la durée de la réparation osseuse. A l'aide d'un système spécial de bretelles dont le principal mérite est d'agir d'une manière efficace par une sorte d'extension continue, M. Lannelongue empêche le chevauchement et la consolidation vicieuse, il surmonte l'action musculaire qui tend constamment à détruire la coaptation. Comme son appareil composé de deux pièces de toiles de forme et de dimension déterminées et que nous ne pouvons indiquer ici, immobilise le moignon des deux épaules tant blessées que saines, on n'a pas à craindre le déplacement du fragment interne ainsi que la communication des mouvements du bras au foyer de la fracture. De plus la respiration reste aisée et les seins volumineux n'ont pas à supporter une compression pénible et souvent grave dans ses conséquences.

Contribution a l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds, par M. Jourdan. (Thèse de Paris).

La chaleur favorise l'éclosion de la fièvre typhoïde et l'aggrave en modifiant ses symptômes classiques. Voilà toute la contribution apportée par l'auteur à l'étude de cette question.

Avouons qu'elle eût mérité d'être traitée plus largement en raison surtout des sérieux travaux auxquels elle avait donné lieu. Il y avait à consulter non seulement l'excellent article de M. Mourson publié dans les *Archives de médecine navale*, mais encore toute la série des publications contenues dans nos *Archives de médecine militaire* et plus spécialement le mémoire très bien fait de M. Blanc paru en janvier et février 1887.

ORTEIL EN MARTEAU. NOUVEAU TRAITEMENT, par E. COHEN. (Thèse de Paris).

L'orteil est en marteau quand la phalangine se trouve fléchie sur la phalange, la phalangette étant elle-même fléchie ou étendue. Cette lésion que Boyer pour les uns, Laforest pour les autres et Rousselot pour l'auteur aurait été le premier à décrire, peut être due tantôt à un développement de tous les tissus de l'orteil, tontôt à l'usage de chaussures trop courtes et d'autres fois se trouver sous la dépendance d'une constitution arthritique. La question du traitement est très discutée, l'orthopédie, l'amputation et l'ostéotomie ont été tour à tour employés. M. Terrier préconise ce dernier moyen auquel il connaît peu de contrindications. Grâce à la méthode antiseptique, il constituerait, d'après les déclarations de l'auteur et les communications faites cette année même à la Société de chirurgie, un mode de guérison aussi rapide que sûr.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS MILIAIRES DU REIN DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par L. ABRIAL. (Thèse de Paris).

Les abcès miliaires du rein apparaissent dans la fièvre typhoïde comme au cours de toute maladie infectieuse grave. Ils peuvent coexister avec d'autres lésions métastatiques résultant de la tendance suppurative créée par l'affection. Le point de départ est une glomérulo-néphrite, que nous savons, depuis les recherches de M. Bouchard, être infectieuse et l'abcès provient, selon toute apparence, de la diapédèse de micro-organismes de nature indéterminée, qui franchissant la paroi vasculaire et la capsule de Bowmann se répandraient dans le tissu conjonctif périphérique.

DE L'EMPLOI DU CORSET PLATRÉ DANS LES LÉSIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE PAR H. PAPAIL. (Thèse de Paris).

Le corset plâtré, précédé de la suspension d'un malade ou plutôt de l'extension, rend les plus grands services dans le traitement du mal de Pott, de la scoliose et des fractures du rachis. D'une application aisée, moulant et soutenant parfaitement le thorax, il permet la vie au grand air, autorise un exercice modéré qui entretient l'appétit. D'après l'expérience de l'auteur, les reproches adressés à l'appareil de gêner la respiration la digestion, d'entraver les fonctions de la peau sont sans fondement, en raison des précautions qu'il est recommandé de prendre au moment de son application : tampons d'ouate ou vessie remplie d'air sur les seins, espace à ménager sur le devant de la poitrine.

BULLETIN

CHLOROFORME ET ANESTHÉSIE. — TRAITEMENT ANTISEPTIQUE DE LA PHTISIE. — CONTAGION DU CANCER

Après la communication de M. Polaillon relative à un cas de mort survenu sous l'influence du chloroforme, on devait s'attendre à ce que cette grave question du choix des anesthésiques provoquât un nouveau débat devant l'Académie. M. L. Le Fort est donc venu, mardi dernier, exposer à la tribune les résultats de son expérience personnelle sur ce sujet et faire le compte des succès et des insuccès de sa pratique opératoire. Les insuccès, il faut le dire, ne représentent dans sa statistique rapportée par lui qu'une infime minorité : 3 cas de mort par chloroforme dans une carrière chirurgicale déjà longue pourraient effectivement passer pour une quantité négligeable, si l'on n'était persuadé de l'importance qu'il y a en pareille matière à réaliser l'idéal, c'est-à-dire la certitude d'une sécurité absolue. Cherchant l'explication de ces cas malheureux, M. Le Fort a crû devoir incriminer l'état syncopal préparé par les inhalations chloroformiques et déterminé par des excitations réflexes émanées d'un foyer douloureux. C'est là une interprétation plausible, bien que marquée au coin de l'hypothèse : mais il nous paraît plus intéressant d'insister sur un côté de la question que ce chirurgien a traité avec l'autorité de sa longue expérience : nous voulons parler du rôle qui revient à la pureté chimique du liquide employé. Persuadé que tous les agents anesthésiques comportent les mêmes dangers, que nul ne met complétement à l'abri des chances de mort, M. L. Le Fort estime que dans le choix à faire parmi eux, il faut simplement tenir compte des avantages qu'on leur a reconnu, soit au point de vue de la facilité à obtenir l'anesthésie et de la durée de celle-ci, soit au point de vue de la fréquence et de l'intensité de l'agitation et des vomissements, conséquences habituelles de leur absorption. A ces divers points de vue le chlorure de méthylène importé d'Angleterre lui paraît supérieur au chloroforme et c'est pourquoi il lui a donné la préférence. Chose singulière et inexplicable, le chlorure de méthylène fabriqué en France et que M. Regnauld affirme être identique par sa composition au produit anglais, n'a procuré à M. Le Fort que de médiocres résultats.

Les conclusions de M. Le Fort seront-elles acceptées par ses collègues ? on peut en douter, car en matière d'anesthésie, tout chirurgien possède une expérience personnelle d'après laquelle il s'est fait une opinion bien arrêtée. C'est ainsi que M. M. Perrin croit devoir préconiser l'association du chloroforme et du chloral comme moyen de diminuer ou même de supprimer la période d'excitation qui précède le sommeil ; que M. Trélat déclare s'en tenir au chloroforme ordinaire des hôpitaux, tout en accordant une grande importance à l'habileté des aides auxquels son administration est confiée. De cette discussion on pourrait donc déduire, comme conclusion générale, que le choix de l'anesthésique n'a qu'une importance secondaire, et que la sécurité dépend de plusieurs circonstances différentes : pureté du produit, durée de l'anesthésie, susceptibilité nerveuse du sujet opéré. Cette conclusion n'est pas neuve, tant s'en faut : mais elle tire néanmoins une valeur particulière de faits semblables à ceux que M. Le Fort est venu exposer avec une bonne foi qui l'honore.

—La connaissance des tuberculoses locales a été le point de départ d'une évolution marquée dans le domaine de la thérapeutique. Aux agents de la médication interne, on tend de plus en plus aujourd'hui à substituer l'emploi des moyens locaux dans le but de détruire les lésions sur place, *in situ*, ou tout au moins de leur faire subir une modification favorable. C'est ainsi que des foyers tuberculeux cutanés, ganglionnaires osseux, ont pu être supprimés, par une véritable éradication, au grand bénéfice des malades, qui échappent par là aux chances si nombreuses d'infection secondaire et d'auto-inoculation. Peut-on généraliser cette méthode et en étendre l'application au traitement des lésions viscérales, particulièrement à celui de la phthisie pulmonaire ? M. Fernet s'es-

posé cette question et l'a résolue affirmativement. Sur une série de quatre malades, porteurs de lésions pulmonaires évidentes, même avancées (2e degré), il a pratiqué au niveau des foyers tuberculeux un certain nombre d'injections interstitielles de naphtol camphré. Chaque injection représentait environ 45 centigr. de naphtol camphré, soit 5 centigr. de naphtol pur ; à part une légère toux quinteuse, attribuée à la diffusion de la vapeur camphrée dans les bronches, les inconvénients ont été nuls. En revanche les résultats ont été satisfaisants et se sont traduits soit par la diminution de l'expectoration, soit par la disparition des signes physiques. Si restreint que soit le nombre des cas rapportés, il est certain que la netteté de ces résultats vient à l'appui des vues théoriques qui avaient légitimé une intervention thérapeutique en apparence hasardeuse et risquée.

Peut-on croire qu'il se trouvera des imitateurs pour continuer les tentatives de M. Fernet, déjà précédées elles-mêmes par d'autres essais du même genre ? Sans doute la généralisation d'une pareille méthode présenterait de grandes difficultés, mais le point important, dans une question de ce genre, est de se prémunir d'abord contre les objections théoriques qu'on ne manquera pas de soulever et surtout de se défendre du scepticisme auquel le médecin est voué par avance, quand on parle de guérir cette maladie réputée incurable qui s'appelle la phthisie.

En tous cas M. Fernet nous semble plus près de la vérité, quand il assimile la tuberculose pulmonaire aux tuberculoses locales, que M. Dujardin-Beaumetz, qui lui considère la phthisie comme une maladie générale dans laquelle l'organisme entier est imprégné en totalité du virus tuberculeux. Si cette dernière théorie était admise, il est clair que les tentatives d'intervention directe n'auraient plus de raison d'être et qu'alors la médication interne, celle qui s'adresse au terrain pour le rendre propre à la résistance, aurait seule quelques chances de succès. Mais cette dernière proposition est loin d'avoir une valeur absolue. Elle n'est vraie que pour un certain nombre de cas, mais cesse de l'être pour une foule d'autres où la localisation étroite et presque indéfinie des lésions pulmonaires est une preuve de l'intégrité des autres parties de l'organisme. Vis-à-vis de cette dernière catégorie de faits, des essais comme ceux de M. Fernet doivent être considérés comme parfaitement légitimes et il y a lieu d'en encourager la continuation, en concurrence avec l'emploi de la médication interne dont l'action est trop souvent nulle, presque toujours incertaine.

— Le problème de la nature du cancer a été agité bien souvent, mais c'est vainement que jusqu'à ce jour on en a demandé la solution à la clinique, à l'anatomie pathologique, à l'histologie. La notion de contagion y a été introduite récemment : l'observation impartiale de certains faits a paru lui donner de la consistance, puis l'expérimentation est venue apporter des conclusions favorables, au point que, de simple hypothèse, cette notion est en train de devenir une véritable doctrine. Il était naturel aussi que l'invasion des théories microbiennes fît sentir son influence de ce côté : mais les tentatives faites dans le but de déterminer et d'isoler le microbe spécifique n'ont encore fourni aucun résultat décisif. C'est donc à la clinique, c'est-à-dire à l'observation, qu'il faut demander les arguments propres à étayer une thèse dont la démonstration n'est sans doute qu'une affaire de temps. A ce dernier point de vue, les faits qui ont été rapportés récemment offrent une valeur toute particulière.

En effet, MM. les Drs Arnaudet (de Cormeilles) et Ozenne, viennent de publier les résultats de leurs statistiques respectives concernant la fréquence des cancers observés à la campagne. Cette fréquence est beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent, sur le témoignage de relevés déjà anciens et d'une valeur douteuse. Ainsi, pour la seule commune de Saint-Sylvestre en Cormeilles, M. le Dr Arnaudet a relevé en huit années, 11 décès par cancer sur un chiffre total de 74 décès. C'est une proportion de 14 p. 100 environ. M. le Dr Ribulet (de Bourghthéronde) a noté des chiffres analogues: 17 cas de cancer en deux ans sur un nombre total de décès qui se rapproche sensiblement de celui de M. Arnaudet. De son côté, M. le Dr Ozenne a publié la statistique des cancers observés par M. le Dr Le Gros (d'Argentan); le total s'élève à plus de 80 cas, pour une période de seize années. Si maintenant l'on rapproche ces différentes statistiques de celles que M. Bertillon a dressées pour Paris, on constate que, dans les contrées rurales incriminées, la fréquence des affections cancéreuses s'élève environ au double de ce qu'elle est dans la première ville de France. Voilà des chiffres bien faits pour provoquer l'étonnement.

Est-il possible d'expliquer cette fréquence du cancer dans les campagnes ? Si l'on remarque que dans les statistiques précitées, le cancer de l'estomac figure en tête de la liste avec une forte majorité, on sera de suite disposé à partager l'opinion de nos honorables confrères qui n'hésitent pas à incriminer l'alcoolisme, si généralement répandu dans les provinces normandes où se trouvent situées leurs communes respectives. Il y aurait là une nouvelle preuve de l'influence nocive de l'alcool dont le contact répété avec la muqueuse stomacale engendre à la longue une irritation favorable à la déviation du type de formation cellulaire dans le sens néoplasique. Mais il y a un autre enseignement qui se dégage surtout des recherches de M. Arnaudet. Il résulte en effet de celles-ci que l'eau des boissons semble avoir joué un rôle effectif dans la transmission de la maladie. Chez six malades, M. Arnaudet a pu établir une filiation qu'il rattache à l'emploi commun de l'eau des mares et des sources où les individus atteints puisaient journellement la quantité de liquide nécessaire à leur usage journalier et particulièrement à la fabrication du cidre, boisson ordinaire du pays. Or, ces individus moururent tous de cancer à l'estomac. Il y a dans cette relation quelque chose d'extrêmement frappant et peut-être un argument à l'appui de la transmissibilité et de la contagiosité du cancer. Pourtant, si séduisante que soit cette explication, elle ne doit être acceptée qu'avec une extrême réserve. Avant de conclure à la transmissibilité du cancer, il faudrait des faits beaucoup plus nombreux, et l'on sait de quelles difficultés l'interprétation en est entourée. Pour l'instant, nous devons nous borner à enregistrer ceux que nos confrères de province ont rapporté, sans aucun parti pris et sans trace d'opinion préconçue.

P. Muselier.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. Concours de l'Internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 21 octobre, à *midi précis*.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général

de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à 3 heures, depuis le lundi 9 septembre jusqu'au samedi 5 octobre inclusivement.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1890. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mercredi 23 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 9 septembre jusqu'au samedi 5 octobre, inclusivement.

*
**

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Blocq est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Marie, appelé à d'autres fonctions.

Officiers de l'Instruction publique: MM. Andigé, Collinean, Dumontpallier, Floquet, Bahn et Kuhff à Paris; Bouton, à Besançon; Castiaux, à Lille; Delvailles, à Bayonne; Engel, à Montpellier; Fée, à Nantes; Grandval, à Reims; Guillemin, médecin-principal de première classe; Kiener, médecin-principal de deuxième classe; Lonveau, à Rennes; Merlin, médecin en chef de la marine; Thonion, à Annecy; Viault, à Bordeaux; Witkowski, à Franconville.

Officiers d'Académie. — MM. Arthaud, Bouilly, Budin, Faucher, Ferrand, Garnier, Hanriot, Joffroy, Lancereaux, Marchandé, Monange, Peyrot, Raymond, Reclus et Remy, à Paris; Aubin à Toulon; Audubert à Tulle; Bassompierre, médecin-major; Belliard, à Montjean; Boutet, à Orgerus; Bouveret, à Lyon; Calmon, à Céret; Caussade, à Saint-Médard de Guizières; Chadirac, à Saint-Privat; Chambay, à Alençon; Coliez, à Longwy; Coupey, à la Ferté-Bernard; Dubest, à Pont-de-Chateau; Gascon, à Redon; Gay et Hamelin, à Montpellier; Graciette, à Toulouse; Guilter, à Saint-Pierre-d'Albigny; Lambert, à Ossigny-le-Grand; Lebrun, à Barsur-Aube; Lemasson, à Saint-Jean-du-Breul; Martin, à Camarès, Masson, à Mirecourt; Mérieux, à Asfeld; Montet, à Briatexte; Mora, à Brunehamel; Mouchet, à Sens; Pasdeloup, à Marolles-les-Braux; Pasquet-Labroue, à Chatelleranlt; Petit, à Cette; Petit, à Clermont-Ferrand; Phelippeau, à Maillezais; Pitti-Ferrandi, à Bastia; Prodhomme, au Sel; Prudhomme, à Phitiviers; Racine, à Scey-sur-Saône; Richard, à Lille; Ségard, médecin principal de la marine; Strauss, médecin-major de première classe; Sutils, à Chapelle-la-Reine; Treille, médecin en chef de la marine; Villeneuse, à Lexos.

— Par décision du 30 juin 1889, le ministre de la Guerre a fixé, au lundi 7 octobre 1889, l'ouverture, à l'Ecole du Val-de-Grâce, d'un concours pour deux emplois de répétiteur à l'Ecole de service militaire de Lyon.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

1° Médecine opératoire et accouchements ;

2° Matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale.

Le concours aura lieu dans les conditions et conformément aux dispositions de la décision ministérielle du 26 décembre 1888.

Les médecins-majors de deuxième classe, qui désireraient concourir pour ces emplois, en feront la demande par la voie hiérarchique au ministère de la Guerre (7e division). Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 15 septembre 1889, au plus tard ; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée ils appartiennent.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1889, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Bordeaux est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1889, ont été nommés : *Officiers de l'Instruction publique*, MM. les Drs Chervin et Genevoix, à Paris. — *Officiers dAcadémie*, MM. les Drs Castex, Dorez, Fèvre et Maron, à Paris; Cruard, à Attichy; Lapierre, à Gentilly et Moncouet, à Garganvilly.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Blondel. — Etude sur les produits odorants chez les rosiers.

M. Moingeard. — Etude sur le pityriasis rosé de Gibert.

M. Gottschalk. — Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.

M. Bonnet. — Contribution à l'étude de la dysidrose.

M. Gaudineau. — Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la méthylacétanilide (exalgine).

M. Gordon Martins. — Formes atténuées de la fièvre typhoïde.

M. Foureur. — Contribution à l'étude des procédés de culture des microbes anaérobies pathogènes.

M. Breteaux. — Des myélites syphilitiques précoces.

M. Yhoubian. — Le strophantus dans les maladies du cœur.

M. Legrand. — La syphilis cause d'avortement.

M. Rizkallah. — Etude critique du traitement des salpingites.

M. Coyrard. — Tuberculose et rhumatisme articulaire, chronique, progressif.

M. Ferrière. — Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques.

M. Evrard. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale.

M. Benoit. — Contribution à l'étude des amyotrophies chez les tubecculeux.

M. Merlin. — Du pseudo-mal de Pott hystérique.

M. Chabasse. — Contribution à l'étude d'une variété des gommes syphilitiques sous-cutanées dites gommes en nappe.

M. Pinel. — Contribution à l'étude de la greffe dentaire.

M. Agut. — Ostéotomie lunéaire non trochantérienne.

M. Combes. — Contribution à l'étude des kystes du vagin.

M. Gaillard. — Contribution à l'étude de la désinfection par le gaz.

M. Chevreau. — Contribution à l'étude des manifestations médullaires du rhumatisme aigu.

M. Nugon. — Contribution à l'étude de l'emploi du menthol et du naphtol camphré en laryngologie.

M. L. de la Billardière. — Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales sous-cutanées.

M. Farines. — Quelques considérations sur la paralysie générale spinale à marche rapide et curable.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant les mois d'avril, mai et juin (*année scolaire* 1889-89).

Le Bot. Des fractures de l'aile du bassin.

Martine. L'occupation militaire française des Nouvelles-Hébrides (souvenirs médicaux).

Bousquet. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'impétigo.

Lorieux. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon.

Boyer. Essai sur l'étiologie et la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Logerais. Relation d'une épidémie d'oreillons qui a sévi sur le 2e régiment d'infanterie de marine en 1889.

Teulières. Etude sur l'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue (quatrième amygdale).

Larrieu. De l'étude blennorrhagique et de son traitement par le coton iodé.

Lamarque. L'enseignement de la clinique à Bordeaux. Statistique raisonnée du service de clinique chirurgicale de M. le professeur Demons à l'hôpital Saint-André de Bordeaux pendant l'année 1887-1888.

Depasse. Contribution à l'étude des états congestifs et subinflammatoires du foie chez les coloniaux dans leurs rapports avec la pleurésie.

L. Honen. Quelques observations de béribéri dans la basse-Cochinchine. Considérations étiologiques et pathogéniques.

Bouyon. Tabes et suspension.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

L'hygiène prophylactique (Microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccinations et législation), par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Un vol. grand in-8° de 250 pages avec figures dans le texte. Prix broché : 6 fr. ; cartonné, tête dorée, 7 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Anatomie normale et pathologique de l'œil, par le docteur Emile Berger, ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Un vol. grand in-8° de 220 pages avec 12 planches hors texte, tirées en taille-douce. Prix : 12 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation, faites dans les hôpitaux de Paris, par le Dr Dobiezewski, médecin des eaux de Marienbad, membre correspondant de la Société d'hyprologie médicale, etc. In-8° de 32 pages. Prix : 1 franc. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 14 AU SAMEDI 20 JUILLET 1889.

Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 3. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 17.—Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses, 47. — Autres, 7. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 7. —Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë, 22. — Bronchite chronique, 13. — Broncho-pneumonie, 16. — Pneumonie, 21. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 31 — Biberon, 146.—Diarrhée au-dessus de 5 ans, 9. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 27. — Suicides, 12.— Autres morts violentes, 8.—Antres canses de mort, 146. —Causes inconnues, 10. —Total : 989.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

Sur le traitement de l'endométrite par la flèche de chlorure de zinc, par le Dr Polaillon, chirurgien de la Pitié, Professeur agrégé, Membre de l'Académie de médecine.

(*Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine, le 23 juillet*).

Lorsque le Dr Dumontpallier (1) est venu lire à l'Académie de médecine un mémoire sur le *Traitement local de l'endométrite par les tiges de chlorure de zinc laissées à demeure*, je me proposais de publier un travail sur le même sujet. Je me suis, en effet, rencontré avec le médecin de l'Hôtel-Dieu sur ce terrain encore inexploré. Nos observations réunies auront donc plus de poids pour montrer tout l'intérêt qui s'attache au nouveau mode de traitement de l'inflammation utérine.

I. — La priorité du traitement de l'endométrite par les tiges de chlorure de zinc n'appartient certainement pas à M. Dumontpallier.

(1) Communication à l'Académie de médecine, le 11 juin 1889.

Depuis Canquoin (1), qui imagina d'incorporer le chlorure de zinc à la farine pour en faire un caustique facilement maniable, il y a un demi-siècle que les chirurgiens emploient la pâte au chlorure de zinc ou pâte de Canquoin pour détruire les tumeurs et les ulcères malins. Sous l'impulsion de Bonnet (2), l'École de Lyon est surtout entrée dans cette voie (3).

Girouard (4), Manoury (5), Maisonneuve, (6), Demarquay (7), Claudot (8), etc., ont écrit sur l'utilité de ce cautérique.

Il est difficile de savoir quel est le chirurgien qui l'a appliqué, le premier, sur l'utérus. Lorsque j'ai commencé mes études de médecin, en 1856, j'ai vu Bonnet en faire usage pour la destruction des cancers du col. Cette pratique se vulgarisa après le mémoire de Maisonneuve sur la cautérisation en flèches. Nélaton, Gosselin, y avaient quelquefois recours. Leurs élèves, qui sont nos contemporains, les imitèrent. Bientôt ce fut le procédé de tout le monde pour attaquer le cancer de l'utérus ou pour combattre quelques-uns de ses accidents. Moi-même, je l'ai mis en pratique un grand nombre de fois, et je l'ai re-

(1) Canquoin. Exposé complet de sa méthode du traitement du cancer excluant toute opération chirurgicale. Paris, 1838 ; in-8°, 3e édi.

(2) Bonnet. Du chlorure de zinc et de son emploi en thérapeutique chirurgicale. Thèse de Paris, 1843.

(3) Philipeaux. Traité pratique de la cautérisation d'après l'enseignement clinique de Bonnet (de Lyon). Paris, 1856.

(4) Girouard. Des caustiques employés au lieu du bistouri dans quelques opérations chirurgicales. In *Revue médico-chirurgicale*, 1854, p. 27 et 85.

(5) Manoury. De la gutta-percha comme excipient de certains caustiques. In *Gaz. méd. de Paris*, 1859, p. 497.

(6) Maisonneuve. Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation, dite cautérisation en flèche. In *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857; et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. 20 sept. 1858.

(7) Demarquay. Note sur l'application des caustiques au traitement des tumeurs. In *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857, p. 171.

(8) Claudot. De la cautérisation en flèches. Thèse de Strasbourg, 1864.

FEUILLETON

A propos d'Antoine Valet.

Un savant confrère, qui cache modestement son nom sous le pseudonyme d'Albertus, vient de faire paraître dans la *Gazette médicale de Paris*, une étude sur Jacques Houlier, savant médecin du xvie siècle, et sur ses commentateurs Louis Duret et Antoine Valet. L'auteur me fait l'honneur de dire qu'il a puisé dans mon livre sur l'*Histoire de la Faculté de médecine de Bordeaux* les seuls renseignements qu'il a pu recueillir sur Antoine Valet.

Flatté de la citation faite par mon savant confrère, j'ai revu mes notes, j'ai fait des recherches nouvelles et je viens apporter à la *Gazette médicale de Paris* quelques renseignements complémentaires.

Dans un livre qui a pour titre : *Quœstionum medicarum, quœcirca medicinœ theoriam et praxim ante duo sæcula... opus ad medicinœ medicorumque Parisiensium historiam maxime conferens*. Parisiis apud Thomas Hérissant, etc., 1752; on trouve, page 5, qu'Antoine Valet fut reçu bachelier en médecine en 1570, sous la présidence de Marc Myron. Sa thèse avait pour sujet : *An non una viscerum inflammatorum curatio? Neg.*

A la fin du même ouvrage, dans les : *Compendiaria medicorum Parisiensium notitia juxtà decanorum facultatisseriem*, on lit : Jac. Charpentier decano anno 1568, 69 mens nov. : Antonius Valet Juvianensis,

Mon excellent collègue, M. le Dr Dureau, a bien voulu me donner les renseignements suivants, qui modifient ceux que j'avais trouvés. Antoine Valet, bachelier en 1568, licencié en 1570, le 12 décembre, et docteur la même année, d'après M. le Dr Corlieu.

J'ai cherché en vain si, à l'exemple de ses confrères, Antoine Valet avait présidé, à la Faculté de Paris, un acte pastillaire ou tout autre, je n'ai pas trouvé son nom sur la liste cependant bien longue que j'ai consultée avec soin.

Il existe un petit opuscule qui prouve l'exactitude de la date de 1570 pour la licence de Valet.

Il a pour titre : *Antonii Valetii oratio in scholis medicorum ante licentiatum habita, qua medicinæ antiquitas ex antiquissimo poetarum Homero obiter et allegorice describitur.* Parisiis apud Joanh de

commandé, en 1882, dans un mémoire sur le *Traitement du cancer de l'utérus* (1). J'introduisais des flèches non seulement dans les tissus ramollis du col et dans la cavité du col, mais encore dans la cavité du corps, et j'avais remarqué combien ces cautérisations profondes, qui produisaient d'énormes eschares, étaient innocentes.

L'innocuité bien reconnue des cautérisations par les flèches de chlorure de zinc, abandonnées dans la cavité d'un utérus cancéreux, me conduisit à penser que ces cautérisations pourraient aussi être sans danger, toutes les fois qu'il s'agit de modifier radicalement la muqueuse intra-utérine dans d'autres affections que le cancer. Je mis mon idée à exécution, en novembre 1883, chez une jeune femme qui souffrait d'une métrite interne, qui avait déjà été traitée dans mon service de la Pitié, et que je n'avais pu guérir. Je taillai dans une plaque de pâte de Canquoin une très mince flèche, que je glissai dans toute l'étendue de la cavité utérine, et que je laissai à demeure. Au bout de huit jours, je renouvelai la même opération. La malade ne souffrit pas. Elle expulsa ses eschares en fragments, et sortit guérie après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital. C'est, à ma connaissance, la première tentative de traitement de l'endométrite par une tige de chlorure de zinc laissée à demeure.

Depuis 1883, je me suis familiarisé avec ce procédé. A mesure qu'il me donnait des succès, je l'ai employé plus hardiment et plus fréquemment. Aujourd'hui j'en compte plus de 40 applications pour le traitement local de la métrite. Les observations de M. Dumontpallier sont plus nombreuses que les miennes; mais elles datent seulement du mois de décembre de l'année dernière. Les miennes sont plus anciennes, pour la plupart, et, par conséquent, servent mieux à faire connaître les résultats éloignés, la solidité de la guérison.

II. — Le procédé opératoire est des plus simples. Voici comment M. Dumontpallier le décrit : « d'abord, la cavité vaginale est lavée à grande eau avec une mixture phéniquée au centième on avec la liqueur de Van Swieten. Après ce lavage, la direction et l'étendue du canal cervico-utérin sont reconnus à l'aide de l'hystéromètre ou d'une bougie de gomme élastique, trempés dans un mélange de glycérine et d'iodoforme; puis un bâton de chlorure de zinc, ayant la longueur, la courbure et l'épaisseur appropriées à chaque cas particulier, est introduit dans la cavité utérine. Son extrémité supérieure atteint le fond de la cavité et son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col... Enfin, un tampon d'ouate, enveloppé de gaze iodoformée, est appliqué sur le col pour s'opposer à la sortie du bâton caustique. »

Pour compléter cette description, il faut signaler une difficulté. Quelquefois un rétrécissement empêche l'introduction de la tige. D'autres fois, l'hystéromètre pénètre, mais la tige ne peut passer. Une dilatation préalable avec la laminaire, ou une dilatation extemporanée avec un dilatateur du col utérin est alors nécessaire. Je me suis trouvé récemment en ville dans l'impossibilité de faire pénétrer la tige caustique dans un utérus qui admettait cependant l'hystéromètre.

Le point capital de l'opération est la dimension à donner à la tige de chlorure de zinc. Sa longueur est facile à déterminer : c'est la longueur de la cavité utérine mesurée avec l'hystéromètre ; mais sa grosseur est d'une appréciation très délicate. M. Dumontpallier se borne à dire qu'on prend une tige d'une *épaisseur appropriée à chaque cas particulier*. Cette indication est trop vague pour guider le praticien. Si l'utérus est tuméfié et comme œdémateux, si les orifices du col sont larges, s'il existe, dans le col, ce bouchon bien connu de mucus gélatineux et filant, s'il y a des métrorrhagies, j'emploie les tiges les plus grosses, mais dont le diamètre n'excède jamais 4 ou 5 millimètres de diamètre au maximum. Si, au contraire, l'utérus est petit, si les orifices du col sont étroits, si la sécrétion catarrhale est modérée, je me sers des tiges les plus minces, c'est-à-dire de 2 à 2 1/2 millimètres de diamètre. Entre ces limites, toutes les grosseurs intermédiaires sont indiquées, selon les signes cliniques de la métrite.

Mais je ne saurais trop insister sur ce point, qu'il vaut mieux faire une cautérisation trop faible que trop forte, surtout chez les jeunes femmes, pour les raisons que j'indiquerai plus loin. Aussi, je préfère aux crayons de M. Dumontpallier, dont les grosseurs ne peuvent être modifiées sur le champ, des lanières ou des flèches, que je taille au moment même de l'opération dans une plaque de pâte au chlorure de zinc, et dont j'adapte les dimensions à l'intensité de la cautérisation, que je veux produire.

La flèche doit être à demi rigide, assez souple pour suivre la courbure de la cavité cervico-utérine et assez résistante

(1) Polaillon. Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus. In *Ann. de gyn.*, juillet 1882, t. XVII, p. 1.

Bordeaux, 1570, in-8, 32 pages. Cet opuscule est signalé par Mangeti. La bibliothèque nationale en possède un exemplaire. T. 6, 208.

Ainsi, il est bien prouvé qu'Antoine Valet, docteur de la Faculté de médecine de Paris, n'a présidé, à notre connaissance du moins, aucun des nombreux actes passés à cette époque, actes dans lesquels on retrouve les noms de tous les docteurs régents de la Faculté.

Cette anomalie, qui semble inexplicable au premier abord, me paraît avoir sa solution dans les faits suivants : j'ai trouvé dans un manuscrit de l'abbé Baurein, dont il est longuement question dans mon livre, surtout à propos de l'histoire de l'enseignement de la chirurgie à Bordeaux dans les siècles passés, qu'en 1577, M. Valet, docteur de l'Université de Paris, fut chargé de faire des leçons aux garçons chirurgiens. Cette mention de docteur de l'Université de Paris, que j'ai retrouvée dans mes notes, m'avait échappé et je ne l'avais pas reproduite; j'y attache plus d'importance aujourd'hui, car elle prouve que Valet était à Bordeaux à cette époque. Il y était même probablement depuis plusieurs années, du moins à ce qu'on peut conjecturer d'après les faits suivants :

Élie Vinet, qui fut un savant distingué et longtemps principal du collège de Guyenne, a publié, en 1573, à Bordeaux, un traité de mathématiques, qui a pour titre : *Logistica*; or, à la fin de ce traité on trouve une pièce de vers latins de Jean Dorat (Joannes Auratus). Cette pièce est précédée de la phrase suivante : *Joannes Auratus poeta regius, quum legisset Martialis Campani ad Antonium Valetium litteras de Eliæ Vineti logistica, quo exponebat, quo pacto eam nactus esset*, etc. Campanus était, dit la personne qui cite ce fait dans les Archives historiques de la Gironde, un médecin de Périgueux, et Valetius (Ant.) un médecin bordelais.

Je n'ai malheureusement pas pu trouver à Bordeaux les lettres de Campanus, mais j'ose espérer que quelqu'un, mieux placé que moi ou plus habile, voudra bien les rechercher, il y trouvera probablement quelque renseignement nouveau sur Valetius.

Ant. Valetius était encore à Bordeaux en 1584 puisqu'on a deux diplômes de bachelier en théologie signés de lui.

Les registres du Collège des médecins de Bordeaux nous offrent plusieurs fois la signature de Valetius ou de Valet en 1617, 1631, 1633, et même 1647.

pour ne pas se replier sur elle-même pendant son introduction. On obtient la consistance convenable en desséchant les flèches dans une étuve.

III. — La flèche une fois introduite, son action commence immédiatement. En s'imprégnant des liquides environnants sa substance se gonfle. Le mucus se coagule autour d'elle. Puis la muqueuse est attaquée et détruite plus ou moins profondément. J'estime que l'eschare est formée en six heures avec les flèches les plus minces, en douze heures avec les plus grosses.

Comme M. Dumontpallier j'ai observé que l'eschare s'élimine entre le 4e et le 12e jour. Ces différences tiennent surtout à la profondeur de la cautérisation. Les eschares les plus superficielles sont celles qui se séparent le plus rapidement.

Comme mon confrère, j'ai aussi constaté que l'élimination se fait, soit en fragments qui se désagrégent, soit en bloc. Dans ce dernier cas, il est remarquable de voir qu'une flèche, qui n'a pas plus de 2 à 4 millimètres de diamètre, produit une eschare très volumineuse, dont le diamètre est quatre ou cinq fois plus étendu que celui de la flèche. Quelquefois l'eschare représente le moule exact de la cavité cervico-utérine, avec les angles latéraux ou s'abouchent les trompes, avec un étranglement au niveau de l'isthme de l'utérus.

En pratiquant des coupes transversales et verticales à travers l'eschare, on voit qu'elle est formée par une partie périphérique homogène, en forme de coque, et par une cavité centrale. La surface externe de la coque de muqueuse escharifiée est lisse, blanche, criblée de petits points noirâtres, qui ne sont autre chose que des vaisseaux où le sang s'est coagulé. Sa surface interne présente, au niveau du col, les ramifications de l'arbre de vie et, au niveau du corps, les innombrables pertuis des orifices glandulaires. La cavité est étroite, et contient un magma de grumeaux de farine et de caillots noiratres, desséchés. L'analyse chimique montre que les débris de la flèche ne renferment presque plus de chlorure de zinc.

M. Dumontpallier a très justement remarqué que l'épaisseur et la consistance de l'escharre sont plus considérables au niveau du col qu'au niveau du fond de l'utérus. Cela signifie qu'avec une flèche d'un calibre uniforme, la cautérisation peut être trop énergique dans les points rétrécis du canal cervico-utérin, et trop faible dans les points élargis. Pour obvier à cet inconvénient, il suffit d'employer une flèche très mince et très longue, trop longue pour le diamètre vertical de l'utérus. En la poussant, cette flèche vient butter contre le fond de la cavité utérine, puis se recourbe en arc ou en S dans cet espace. Grâce à l'artifice précédent, on introduit une masse de caustique plus grande précisément dans la région où la cautérisation pourrait être insuffisante. J'y ai eu recours plusieurs fois.

L'année dernière, un de mes internes, M. Mariage, a souvent fait l'examen histologique des eschares que rendaient mes opérées. Il y a retrouvé tous les éléments de la muqueuse utérine : revêtement épithélial, glandes et vaisseaux dans le stroma dermique. Et quelquefois, il m'a montré, à la périphérie, une couche musculaire du tissu propre de l'utérus, ce qui prouvait que la muqueuse avait été détruite dans toute son épaisseur. M. Dumontpallier a confirmé tous ces faits de l'examen histologique.

IV. — Les suites de l'opération ont toujours été d'une grande bénignité. Les observations de la Pitié, comme les observations de l'Hôtel-Dieu, en font foi.

La douleur consécutive est nulle ou très modérée selon les sujets. Il est rare que la douleur devienne vive. Dans tous les cas, elle ne dure qu'une demi-journée. Une fomentation narcotique, un cataplasme laudanisé, une injection hypodermique de morphine suffit à la calmer.

Il n'y a aucune réaction fébrile. Cette absence de fièvre est, d'ailleurs, le trait caractéristique des cautérisations avec la pâte de Canquoin.

Pour éviter toute complication de périmétrite ou de pelvipéritonite, je confine les opérées au lit pendant trois jours, et sur la chaise longue pendant quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que l'eschare soit tombée. Après la chute de l'eschare, je permets de marcher un peu; puis de marcher chaque jour davantage, s'il n'y a pas de douleurs dans le bas-ventre ni dans les reins. Au bout de trois semaines, la guérison est obtenue le plus souvent. A l'hôpital les malades veulent sortir beaucoup plus tôt, dès le 9e, le 10e, le 12e jour.

Les écoulements sanguins, purulents ou muco-purulents sont arrêtés immédiatement après l'introduction de la flèche caustique. Le lendemain, on enlève le tampon vaginal, et on fait faire une copieuse injection antiseptique. Les injections antiseptiques soit avec une solution boriquée, chloralée ou phéniquée, soit avec la liqueur de Van Swieten, sont indispensables pendant le travail de la séparation de l'eschare, car il s'établit une plaie qui suppure un peu et qu'il faut prému-

---

Mais l'une d'elles est précédée du surnom de Petrus. Que conclure de tous ces faits?

Pouvons-nous affirmer qu'Antonius Valetius reçu docteur à Paris, faisant des leçons à Bordeaux aux chirurgiens en 1577, signant deux diplômes universitaires en 1584 était le même que celui qui signait Petrus Valetius en 1631 et Valet en 1633 et 1647, nous n'oserions le faire, car en admettant qu'Antonius Valetius eut été reçu docteur à 30 ans en 1570, il aurait eu 96 ans en 1647. Peut-être pourrait-on supposer que Petrus Valetius était le fils du docteur de Paris?

Mais revenons à celui-ci. Antonius Valetius et Car. Roussellus ont signé, en 1584, deux diplômes délivrés par l'Université; s'ensuit-il que ces deux médecins aient été professeurs à l'Université de Bordeaux? Il est difficile de répondre d'une manière catégorique.

Valetius a professé la chirurgie à Bordeaux en 1577, cela est vrai, mais probablement comme membre du collège des médecins. Depuis fort longtemps en effet, ce collège élisait chaque année deux de ses membres pour faire des leçons aux garçons chirurgiens et apothicaires. Ces leçons se faisaient dans la même salle que celles des professeurs de l'Université mais à des heures différentes. Cette coexistence de professeurs nommés par le Collège des médecins et de professeurs de l'Université paraît avoir entraîné des confusions de la part du Parlement et du garde des sceaux, ainsi que je l'ai signalé dans mon livre.

Le fait d'avoir signé des diplômes universitaires nous fait penser que si Antonius Valet n'a pas été professeur titulaire en médecine de l'Université de Bordeaux, il a du moins été chargé de ces fonctions. J'ai cité pareil fait pour Desault et Dozan en 1715. Les chaires étaient vacantes, ces deux médecins avaient été chargés par l'Université de faire des leçons publiques et de conférer les grades.

Il nous reste, en terminant cette notice, à prier les lecteurs de la *Gazette médicale* de nous excuser de les avoir trop longtemps retenus sur un sujet qui leur paraîtra peut-être sans grand intérêt.

Dr G. Pery.

nir contre toute contamination septique. L'antisepsie du vagin est absolument de rigueur, non seulement pendant que l'eschare se forme et s'élimine, mais encore pendant tout le temps nécessaire à la guérison.

Lorsqu'on fait un examen vers le quinzièmejour, on trouve, en général, l'utérus indolent, mobile, revenu à son volume normal. Le col n'est plus tuméfié. Son orifice n'est plus encombré par des sécrétions morbides. L'opérée ne souffre plus. Elle n'a plus de sécrétions glaireuses ou leucorrhéiques. Le mal local est guéri ou près d'être guéri. Il ne reste plus qu'à consolider la guérison, en recommandant des précautions hygiéniques, et en instituant un traitement général, dont je ne méconnais pas l'importance.

Si, au contraire, vers le quinzième jour l'utérus reste douloureux, si les sécrétions sanguines ou muco-purulentes continuent, je conseille de procéder immédiatement à une nouvelle cautérisation avec une flèche de chlorure de zinc. J'ai déjà indiqué qu'il valait vieux faire deux cautérisations successives, qu'une seule cautérisation, qui serait d'emblée trop forte et dépasserait le but.

La proportion des malades guéries est extrêmement encourageante, et concorde dans les faits de M. Dumontpallier et dans les miens. Sur 47 cautérisations M. Dumontpallier compte 44 guérisons, 1 amélioration, 2 insuccès. Sur mes 40 cautérisations, il y a eu 38 guérisons, 1 amélioration, 1 insuccès.

Dire que la guérison est à l'abri de toute épreuve serait s'aventurer beaucoup. Une femme qui reste exposée aux mêmes causes, constitutionnelles ou autres, qui ont amené une première fois l'inflammation utérine, pourra voir son mal se reproduire. M. Dumontpallier n'envisage pas la question de la récidive, probablement parce que ses observations sont encore trop récentes. Sur mes 38 cas de guérison, je compte 3 récidives : l'une au bout de trois mois, l'autre, au bout de deux mois et demi, la troisième au bout de huit jours. Mais aucun traitement de la métrite ne met à l'abri de la récidive. J'ai soigné un très grand nombre de métrites par des méthodes et des procédés divers, aucun ne m'a donné des guérisons plus solides et plus durables que la cautérisation avec les flèches au chlorure de zinc.

Les échecs de ce procédé tiennent souvent à l'indocilité des malades, qui ne veulent pas garder le repos nécessaire, ou qui négligent de se soumettre à l'antisepsie vaginale. Ils tiennent aussi soit à une diathèse, soit à une inflammation des ovaires et des trompes. La métrite n'est alors que la manifestation d'un état morbide plus profond, qu'il faut, d'abord, modifier et guérir.

V. — L'état de l'utérus après la cautérisation par la flèche au chlorure de zinc, soulève plusieurs questions que les praticiens ne manqueront pas d'adresser. Comment s'opère la fonction menstruelle? Que devient la cavité utérine? Que deviennent les orifices du col? L'aptitude à la conception subsiste-t elle? En un mot, la guérison n'est-elle pas achetée au prix de la mutilation de l'utérus? Je suis en mesure de répondre à la plupart de ces questions.

En général, les règles reviennent naturellement à l'époque ordinaire qui suit la cautérisation. M. Dumontpallier et moi avons constaté ce fait chez le plus grand nombre de nos opérées. Dans certains cas, il y a une avance ou un retard, mais ce n'est là qu'un incident négligeable. Deux ou trois fois, lorsque l'eschare tardait à se détacher, j'ai vu les règles survenir avant son élimination. Enfin, toutes les fois que j'ai eu occasion de revoir mes malades, je n'ai pas manqué de les interroger sur l'état de leur menstruation, elles m'ont répondu invariablement que tout allait bien et régulièrement, sauf trois exceptions sur lesquelles il convient d'insister.

1° Une femme de 35 ans Caroline S... femme Ch .. repasseuse, entre à la Pitié, le 24 octobre 1888, pour une endométrite muco-purulente avec utérus tuméfié. Elle est bien réglée habituellement.

Le 2 novembre, cautérisation intra-utérine avec flèche. L'eschare tombe au bout de 7 jours. Elle sort guérie au bout de 19 jours. Revue six mois environ après la cautérisation, elle m'apprend qu'elle est régulièrement menstruée, mais que les règles sont peu abondantes, durent une demi-journée à peine, et s'accompagnent de beaucoup de douleurs Elle est, d'ailleurs, très bien guérie de sa métrite. Les douleurs au moment des règles ne sont cependant ni assez intenses, ni assez prolongées pour qu'elle veuille revenir à l'hôpital subir un traitement quelconque. L'utérus est normal, non douloureux. Je n'ai pas introduit l'hystéromètre.

2° Fanny A..., âgée de 30 ans, lingère, entre dans mon service de la Pitié, le 3 octobre 1888, pour une endométrite douloureuse avec écoulement muco-purulent et ulcération du col. Elle a en trois couches antérieures. Elle est malade depuis trois ans et surtout depuis six semaines. Elle est irrégulièrement réglée.

Cautérisation intra-utérine avec flèche le 5 octobre. Elimination d'une grosse eschare au bout de dix jours. Cinq jours après, elle sort guérie.

Revue le 22 mai 1889, elle dit n'avoir plus ses règles depuis la cautérisation. A l'époque des règles, elle a quelques maux de cœur, un peu de gonflement du ventre, un peu de douleurs dans les reins. Ce malaise très léger dure une semaine. La santé générale est devenue bonne, et Fanny A. a pris un notable embonpoint. Examinée au spéculum, l'orifice du col paraît oblitéré. Le corps est indolent, de volume normal. L'hystéromètre et une fine sonde ne pénètrent pas dans le col.

L'atrésie dans l'une des observations précédentes, l'oblitération du col dans l'autre ont été des résultats accidentels, dont l'enseignement ne doit pas être perdu. Mais, dans le troisième fait que j'ai à citer, l'oblitération et la destruction de la cavité cervico-utérine ont été le but recherché de la cautérisation, et ont donné un effet thérapeutique très remarquable.

3° T. Virginie, âgée de 32 ans, couturière, entre le 13 février dernier dans mon service. Il n'y a pas d'antécédents cancéreux dans sa famille. Réglée à 18 ans, ses règles étaient douloureuses et duraient trois jours. Elle n'a pas eu d'accouchement ni de fausse couche.

En 1885, cette jeune femme est prise, sans cause reconnue, de métrorrhagies extrêmement abondantes, qui durent deux mois. Après une rémission de près d'une année, les hémorrhagies reparaissent en 1886, et ne durent qu'une quinzaine de jours Mais, depuis deux ans, les hémorrhagies sont revenues et sont presque continuelles. La malade ne sait plus quel est le moment de ses règles. C'est à peine si elle a, chaque mois, trois ou quatre jours pendant lesquels elle ne perd pas de sang. L'anémie est profonde. Cependant la malade a conservé son appétit. Elle a même notablement engraissé.

L'année dernière, M. Labbé trouva l'état si grave qu'il lui proposa la castration, opération qu'elle ne voulut pas accepter.

La même année, M. Schwartz lui fit deux fois le curetage de l'utérus. Mais, trois semaines après, la malade perdait comme auparavant.

On lui fit encore des cautérisations intra-utérines avec une solution caustique de chlorure de zinc. Rien n'arrêta les hémorrhagies

Lorsqu'elle vint réclamer mes soins à la Pitié, je pensai avoir affaire simplement à une de ces formes de métrite hémorrhagique dans lesquelles la cavité utérine est agrandie, et dans lesquelles la muqueuse présente des épaississements et des nodosités qui sont,

d'après le professeur Cornil, de véritables tumeurs vasculaires.

Le traitement avec les flèches de chlorure de zinc me parut tout à fait indiqué.

Le 14 février. Application d'une longue et grosse flèche. Pas de fièvre. La patiente n'a eu que de légères douleurs dans le ventre.

Le 19. Nouvelle application d'une flèche. Quelques douleurs abdominales, sans fièvre.

Le 24. Expulsion d'une grosse eschare.

Le 28. Sans cause appréciable, hémorrhagie extrêmement abondante, qui oblige à faire un tamponnement.

Le 1er mars. La cautérisation ne me paraît pas avoir été suffisante. Il reste évidemment encore des fongosités vasculaires. En présence de la ténacité et de la gravité de la maladie, je me propose de détruire complètement la muqueuse utérine par de nouvelles cautérisations, quand bien même l'oblitération de la cavité utérine devrait s'en suivre. J'applique donc, séance tenante, une longue et grosse flèche.

Les 3 et 4 mars. Douleurs abdominales, sans élévation de la température.

Le 12. Chute de l'eschare.

La malade a encore quelques pertes.

Le 18. Quatrième application d'une flèche.

Le 26. Chute de l'eschare.

Depuis la quatrième cautérisation, la patiente n'a plus perdu une seule goutte de sang.

Le 6 avril. Elle quitte la Pitié en très bon état de santé.

Le 29 mai. La guérison se maintient. Elle n'a pas eu de règles. Elle n'a aucune douleur.

Revue hier même, le 22 juillet, la guérison est parfaite. Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est petit, mobile, non douloureux. Le museau de tanche est dur, et l'orifice du col n'est pas appréciable. A l'examen par le spéculum, on voit que le col ressemble tout à fait au col normal d'une femme qui n'a pas eu d'enfant; mais, au lieu d'un orifice, il n'y a qu'une dépression fermée. Les règles n'ont pas reparu. L'opérée n'éprouve chaque mois aucun des phénomènes qui accompagnent ordinairement la menstruation.

Je crois que cette jeune femme a été guérie avec beaucoup moins de frais et de dangers que si elle avait subi une castration double.

(A suivre).

CHIMIE BIOLOGIQUE

La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette, chef de clinique, et H. Cathelineau, interne en pharmacie (Laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux).

(Communication à la Société de biologie, 27 juillet 1889).

On tend généralement à admettre que les hystériques ne s'alimentent que très insuffisamment et que par contre, leur nutrition générale semble ne pas en souffrir. Pour prendre les termes extrêmes de la question, ils mangeraient peu ou pas et continueraient cependant à vivre sans maigrir. Leur température centrale n'étant pas abaissée, ils formeraient donc, dans la série animale, une classe à part, inférieure encore à celle des animaux hibernants.

L'analyse des travaux sur cette question montre que les auteurs qui ont adopté cette opinion sans la contrôler, se sont ralliés, dans la circonstance, aux conclusions de M. Empereur qui, dans son *Essai sur la nutrition dans l'hystérie* (1876), s'est posé le premier la question de savoir si « les hystériques assimilaient et désassimilaient comme le type normal » et qui a conclu que chez elles l'assimilation ne se faisait pas parce que la désassimilation n'avait pas lieu... Elles ne maigrissent pas, dit-il, parce qu'elles ne déperdent rien et ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible, de manger.

C'est ce problème de la nutrition dans l'hystérie que nous avons également essayé de résoudre dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, pendant les années 1888, 1889, en nous basant sur l'analyse des excreta urinaires. Les résultats que nous allons exposer concernent indifféremment les deux sexes.

Il nous a semblé d'abord qu'il était indispensable d'établir deux catégories dans les hystériques : les *hystériques normaux*, les *hystériques pathologiques*.

Les premiers sont ceux qui ne présentent au moment de l'observation que les stigmates physiques, nécessaires pour établir à l'état permanent le diagnostic de la névrose; les seconds sont ceux qui, en plus des stigmates permanents, présentent la série des accidents variés : attaques, états de mal, vomissements, ect., constituant la pathologie de l'hystérie.

I. — Nos recherches ont porté pour le premier groupe sur 10 *hystériques normaux*, 7 femmes et 3 hommes. Elles nous ont démontré, d'abord que si, par suite des troubles du goût presque toujours présents, les hystériques faisaient le plus souvent usage d'une alimentation un peu particulière, il n'en était pas moins vrai qu'ils s'alimentaient d'une façon substantielle capable d'entretenir la vie normale chez un individu sain.

Nous avons alors pratiqué 79 analyses de l'urine des vingt-quatre heures; les moyennes obtenues des éléments constitutifs : volume, résidu fixe, urée, acide phosphorique, ont été mises en regard des moyennes théoriques puisées dans les auteurs les plus recommandables et rapportées au kilogramme d'individu.

De ces recherches comparatives, il est résulté que les excréta urinaires ne diffèrent pas quantitativement et qualitativement chez les hystériques, de ceux qui sont fournis par les individus sains.

En résumé ; chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose, autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement.

II. — Les phénomènes pathologiques que nous avons plus particulièrement étudiés sont, en ce qui regarde *l'attaque* : 1° l'attaque convulsive aux quatre périodes; 2° l'attaque bornée à l'une de ses périodes ou avec prédominance de cette période : forme épileptoïde, léthargique, etc.; 3° l'attaque à forme d'épilepsie partielle; 4° les attaques de chorée rhythmée, toux, bâillements, etc.

Dans tous ces cas, les résultats des analyses comprenant la période des vingt-quatre heures à dater du début de l'attaque nous ont permis de conclure :

Que dans l'attaque d'hystérie convulsive et dans toutes les variétés d'attaques que nous venons d'énumérer, il y avait : 1° diminution du résidu fixe, de l'urée et des phosphates; 2° que le rapport entre les phosphates terreux et alcalins étant normalement comme 1 est à 3, dans l'attaque d'hystérie, ce rapport devient toujours comme 1 est à 2 et souvent comme 1 est à 1. C'est ce que nous avons nommé l'inversion de la formule des phosphates.

En ce qui regarde le volume de l'urine des 24 heures, celui-ci est le plus souvent diminué ; toutefois, la première miction qui suit l'attaque est généralement plus considérable qu'une miction ordinaire, c'est elle qui crée la polyurie lorsqu'elle existe.

L'étude des *états de mal hystérique* à forme épileptoïde, à

forme d'épilepsie partielle, cataleptique (attitudes passionnelles), délirante, léthargique, nous a démontré qu'au point de vue chimique, l'état de mal hystérique n'était autre chose qu'une attaque d'hystérie prolongée avec accentuation des phénomènes que nous avons énumérés.

De plus, l'étude de la courbe des excreta urinaires pendant la durée de l'état de mal, montre qu'au début il y a chute des éléments urinaires ; puis plateau, et relèvement quelques jours avant la sortie de l'état de mal. Ce relèvement des éléments constitutifs lequel est susceptible d'atteindre et même de dépasser le taux normal la veille et le jour du réveil est indépendant de l'alimentation, celle-ci ayant été négative dans la plupart des états de mal que nous avons étudiés. Ce sont donc bien là des phénomènes dus à l'hystérie et non à l'inanition.

L'étude de la courbe permet de préciser la durée de l'état de mal et de prédire le retour à l'état normal, notion dont l'importance clinique n'échappera à personne.

Quel que soit l'état de mal observé, le poids des sujets diminue formellement d'une quantite variable suivant la durée de l'état de mal, mais qui nous a paru comprise entre 200 et 500 grammes par jour. Le retour à l'embonpoint est très rapide après le réveil.

Nons avons noté ces phénomènes d'amaigrissement très marqué dans deux cas de *vomissements hystériques* suivis pendant plusieurs mois. A rapprocher de cette dénutrition le fait que M. Charcot a observé quatre cas de mort par inanition dans l'*anorexie hystérique*.

L'opinion déjà citée de M. Emperenr est donc aussi radicalement fausse dans l'hystérie pathologique que dans l'hystérie normale.

Chimiquement, l'attaque d'hystérie est l'inverse de l'accès d'épilepsie si l'on s'en rapporte aux travaux de MM. Lépine et Mairet que nous avons également repris et complétés au seul point de vue, toutefois, de l'épilepsie partielle, vraie, symptomatique.

Les accès d'épilepsie vraie et d'épilepsie partielle symptomatique de même que les états de mal correspondants se jugent par une *élévation considérable* des principes constitutifs de l'urine.

L'attaque d'hystérie et les états de mal, quelle forme qu'ils revêtent, se jugent par une diminution considérable de ces mêmes principes.

Ces notions nous permettent désormais en clinique, de poser un diagnostic précis dans les formes douteuses de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie qu'on pourrait confondre les unes avec les autres.

On comprend l'importance de cette question pour l'institution du traitement surtout lorsque dans l'épilepsie partielle vraie, celui-ci peut être la trépanation.

Entre autres faits, nous avons pu chez deux sujets établir chimiquement l'existence à l'état isolé, de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie confirmant ainsi l'opinion de M. Charcot: l'indépendance absolue des deux névroses quelles que soient les formes similaires qu'elles puissent parfois revêtir.

Dans deux cas d'hystérie avec stigmates, sans attaques, nous avons pu reconnaître la coexistence d'accès épileptiques vrais.

Nous bornerons là l'exposé des faits dans lesquels nos recherches ont contribué à établir, sur des bases certaines, un diagnostic jusqu'alors douteux.

Nous ajouterons, en terminant, que les manifestations suivantes : contractions, paralysies, tremblements hystériques, ces derniers ne survenant pas sous forme d'accès, n'entraînent pas de modifications de la nutrition générale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. — Une nouvelle opération pour la cure radicale de l'incontinence d'urine (chez la femme) par le Dr R. Gersuny, de Vienne. *Centralblatt für Chirurgie* 1889, n° 25, p. 433.

II. — Un nouveau procédé opératoire pour atteindre les organes pelviens a travers le périnée, par O. Zuckerkandl, de Vienne. *Wiener medic. Presse*, 1889, n° 7, p. 250.

III. — Sur la mise a nu de l'utérus au moyen de la section de la cloison recto-vaginale, a travers une incision périnéale, par le même. Ibidem, n° 12, p. 466.

IV. — Sur la ligature des artères utérines, par le Dr Gubaroff, de Moscou. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 22, 369.

Le nouveau procédé opératoire, imaginé par M. Gersuny pour obtenir la guérison de l'incontinence d'urine, a été mis à l'épreuve sur une jeune fille de 14 ans, affectée depuis sa naissance de l'infirmité en question.

Chez cette jeune fille, les organes génitaux externes ne présentaient aucune anomalie. L'orifice externe de l'urèthre occupait sa situation normale, mais il était élargi et se continuait, en avant, sous forme d'une fente, entre les deux racines du clitoris, jusqu'à la commissure anterieure des petites lèvres. L'urèthre, qui mesurait à peine 1 centimètre de longueur, livrait facilement passage au petit doigt. Quand la patiente se tenait debout, elle perdait ses urines d'une façon continue ; dans le décubitus dorsal, elle pouvait les retenir pendant quelque temps.

Il s'agissait, en somme, d'un cas d'épispadie avec relâchement ou absence du sphincter vésical. Une première tentative opératoire consista en ceci : excision d'un lambeau étroit de la paroi antérieure (supérieure) de l'urèthre, depuis le méat jusqu'à l'entrée de la vessie ; avivement de la fente comprise entre les racines du clitoris ; réunion des bords de la plaie opératoire au moyen de quinze points de suture faits avec de la soie, et dont quatre étaient situés dans l'urèthre.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent cette opération, les urines pouvaient être retenues un peu plus longtemps, dans l'attitude couchée. Puis les choses revinrent en leur premier état. Six semaines après cette première opération, M. Gersuny fit pratiquer chez sa patiente, l'opération proposée jadis par Pawlik, de Vienne (voir *Wiener medic. Wochenschrift* 1883, p. 770 et 808) et qui consiste essentiellement dans une incision de l'entrée de l'urèthre, en forme de coin, et dans une réunion des bords de la perte de substance, pratiquée de telle sorte que l'orifice de l'urèthre est tendu dans le sens transversal et dans le sens longitudinal ; le méat forme ainsi une fente dont les parois sont pressées l'une contre l'autre, grâce à la tension opérée par le tissu cicatriciel, grâce aussi à l'élasticite du tissu ambiant. On oppose ainsi une résistance élastique à l'écoulement des urines par l'urèthre. C'est M. Pawlik en personne qui se chargea de faire l'opération. Le résultat fut que la malade pouvait retenir ses urines pendant deux heures environ, quand elle restait couchée sur le dos.

Au mois d'octobre de l'année dernière, la jeune fille, âgée alors de 19 ans, se présentait de nouveau à M. Gernusy, pour

réclamer une nouvelle opération ; quand elle était assise, elle pouvait retenir ses urines pendant près d'une heure, mais sitôt qu'elle se tenait debout, voire quand elle était couchée, elle perdait ses urines d'une façon continue. L'idée vint alors à l'auteur, d'opérer une torsion de l'urèthre suivant son axe longitudinal. Par là on devait obtenir à coup sûr l'occlusion de l'urèthre ; la difficulté était de mettre le degré de cette occlusion en rapport avec la force des plans musculaires de la vessie.

La tentative eut lieu le 3 octobre 1888. L'opération fut conduite de la façon suivante : Incision circulaire concentrique à l'orifice externe de l'urèthre ; en partant de cette incision on isola l'urèthre, mais on y laissa adhérer une couche assez épaisse de tissu, afin de ne pas compromettre la nutrition du canal. Le canal ainsi isolé mesurait 2 centimètres de longueur ; on lui fit subir une torsion de droite à gauche, de telle sorte que l'orifice externe décrivit un arc de 180°. Puis on le fixa en place au moyen de points de suture, après s'être assuré qu'une sonde molle, introduite dans l'urèthre ainsi tordue, ne se heurtait à aucune résistance insolite. Le septième jour, on enleva les sutures. La lisière de muqueuse, qui entourait l'orifice externe de l'urèthre, s'était nécrosée. La jeune fille ne perdait plus que 80 cc. environ d'urine dans les vingt-quatre heures. La situation alla encore en s'améliorant, pendant les jours qui suivirent. Cependant l'incontinence persistait dans la station debout. C'est pourquoi la même opération fut faite à nouveau : Le manchon uréthral, isolé sur une longueur de 1 centimètre, fut soumis à une nouvelle torsion de 90° (dans le même sens que la première fois), et fixé dans cette position. Le résultat de cette nouvelle tentative laissant encore à désirer, l'opération fut répétée une seconde fois, à un mois d'intervalle. La torsion imprimée à l'urèthre, par le fait de cette triple intervention, était telle que l'orifice externe avait finalement décrit un arc de 450°. La guérison eut lieu par première intention, et au point de vue l'état de la miction, le résultat définitif était des plus satisfaisants. L'incontinence était supprimée ; la jeune fille pouvait retenir ses urines pendant trois heures consécutives dans la position couchée, pendant cinq minutes dans l'attitude debout. Les quantités d'urines, rendues volontairement, variaient de 50 à 500 grammes. Quand la jeune fille retenait ses urines pendant plus de deux heures, la miction nécessitait des efforts assez énergiques.

La situation s'améliora encore dans la suite. La dernière opération avait eu lieu le 27 novembre 1887. Au mois d'avril 1889, la patiente faisait savoir qu'elle pouvait retenir ses urines pendant cinq heures, qu'ensuite elle ressentait un besoin qu'il lui fallait satisfaire immédiatement, qu'elle rendait alors environ un demi-litre d'urine, ce qui nécessitait près de quatre minutes d'efforts.

II. — M. Zuckerkandl fait connaître un procédé opératoire, qui, plus commodément que tout autre, permet de mettre à jour les organes pelviens, rectum, S iliaque, utérus et annexes, prostate, vésicule séminale, paroi postérieure de la vessie, à travers les parties molles qui constituent le périnée.

Le principe de ce nouveau procédé est le suivant :

Si, à la région périnéale on taille un lambeau en forme de ligne brisée ⁄‾\, dont la portion horizontale est située à trois centimètres en avant de l'anus et dont les deux côtés latéraux vont en divergeant d'avant en arrière jusqu'à atteindre le sacrum, et si partant de cette incision, après avoir mis à nu le sphincter externe, on pénètre dans le tissu cellulaire recto-prostatique, puis dans le tissu cellulaire recto-vésical (chez l'homme) ou recto-vaginal (chez la femme), si ensuite on sectionne, à droite et à gauche, les attaches du muscle releveur de l'anus à leur insertion sur le rectum, on réussira à isoler du rectum, avec un instrument mousse, la prostate, la vessie, le vagin ; dans la plaie béante, on a sous les yeux la paroi antérieure du rectum, qu'on peut poursuivre jusqu'au repli formé par le péritoine et qui occupe le fond de l'excavation. Quand on attire le rectum en bas, on peut amener le repli du péritoine jusqu'à la fleur de peau. De même, la prostate est facilement accessible. Enfin, après ouverture du creux de Douglas, on peut facilement amener à l'entrée de la plaie l'utérus basculé en arrière, ainsi que les trompes, les ovaires et les ligaments larges.

M. Zuckerkandl a donné ensuite une description détaillée de la manière dont ce procédé opératoire doit être appliqué à l'extirpation du rectum, à l'extirpation totale de l'utérus et aux opérations sur la prostate. Ces différentes innovations opératoires n'ont encore été expérimentées que sur le cadavre.

III. — L'application de ce nouveau procédé aux opérations portant sur l'utérus a fait l'objet d'un article ultérieur, de la part de M. Zuckerkandl. A cet exposé l'auteur a joint deux dessins qui permettent de bien saisir tous les détails de la technique opératoire. Voici les avantages que l'auteur attribue à son procédé :

D'abord, l'utérus est plus facilement accessible à travers l'ouverture pratiquée dans le tissu conjonctif de la cloison recto-vaginale. Par le fait de la section des fibres du releveur de l'anus, qui viennent du pubis, le rectum peut être disloqué en arrière à un point tel, que l'accès ainsi obtenu vers l'utérus dépasse tout ce que l'on peut obtenir par la voie vaginale.

En second lieu, on est à même d'embrasser d'un coup d'œil l'utérus et ses annexes. Puis, la ligature des ligaments larges est rendue on ne peut plus facile, contrairement à ce qui a lieu quand on opère à travers le vagin. On peut toucher facilement et par suite isoler et lier à coup sûr les artères utérines. On n'a pas à craindre de léser les uretères. De plus, grâce à la facilité qu'on a d'inspecter le tractus génital dans son ensemble, on peut procéder à une extirpation plus radicale des organes génitaux internes.

Enfin, on peut réaliser plus facilement l'asepsie du champ opératoire.

IV. — M. Gubaroff a expérimenté sur le cadavre une opération nouvelle, que le professeur Snegnireff a ensuite pratiquée avec succès sur le vivant, il s'agit de la ligature intrapéritonéale des artères nourricières de l'utérus, artères utérines, utéro-ovariennes et du ligament rond, avec maintien des anastomoses qu'entretiennent ces vaisseaux avec les ramifications vaginales, afin d'éviter la nécrose de l'utérus.

La technique opératoire est la suivante : on pratique une incision cutanée, comme pour la ligature de l'artère iliaque commune et de l'artère iliaque externe ; il faut éviter d'entamer la portion tendineuse du muscle transverse de l'abdomen, afin que la dissection du péritoine puisse se faire sans difficulté. L'extrémité inférieure de l'incision doit atteindre l'anneau inguinal interne.

Après avoir divisé les trois couches musculaires de la paroi abdominale et l'aponévrose transverse, on détache le sac péritonéal de la fosse iliaque, puis, en se guidant le long du bord interne du grand psoas, on va à la recherche du point de division de l'artère iliaque commune. En se servant de l'une des cuillers d'un spéculum de Sims, on attire en dedans le sac péritonéal ; on peut alors poursuivre commodément

l'artère iliaque dans le petit bassin, jusqu'à l'émergence de l'artère utérine. Celle-ci croise l'uretère en passant au-devant de ce canal; c'est là une disposition qui sert de point de repère, et qui ne fait jamais défaut d'après l'auteur, malgré les nombreuses anomalies que présente l'artère utérine. D'autre part l'artère utéro-ovarique (artère spermatique interne) accompagnée de ses veines, et qui rampe sur la paroi du sac péritonéal, est facile à découvrir, à isoler et à lier, au fond de la plaie. L'artère du ligament rond peut être liée seule ou en même temps que ce cordon. Comme on éprouve d'assez grandes difficultés pour l'isoler, on peut appliquer une ligature sur l'artère épigastrique inférieure, qui donne naissance à l'artère du ligament rond.

Reste à établir les indications de la ligature des artères nourricières de l'utérus. M. Gubaroff estime que dès maintenant on peut admettre que l'opération est indiquée :

1° Dans les cas de cancer inopérable de l'utérus, avec métrorrhagies profuses;

2° Dans les cas de tumeurs intra-ligamenteuses et de myômes sous-séreux ; en pareil cas, la ligature des artères utérines doit précéder l'opération intra-péritonéale ;

3° Dans les cas de métrorrhagies indépendantes d'une lésion anatomique appréciable, et qui ont résisté aux remèdes antihémorrhagiques communément usités.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des hématomes du mésentère, par M. E. Bérard, Paris, 1888, 64 pages.

M. Emile Bérard a pu réunir neuf cas d'hématomes du mésentère. Ces formes rares de tumeur sanguine se trouvent soit comme complication d'une hernie, soit, au contraire, sans hernie; et elles affectent deux formes : les unes, celle de tumeurs nettes, les autres, celle d'une infiltration diffuse.

Pour M. Bérard, les hématomes du mésentère ont pour cause un traumatisme agissant de dehors en dedans sur une séreuse souvent malade et s'exerçant sous forme de contusion, de taxis, ou d'efforts de vomissement. Le pronostic des hématomes sans hernie est évidemment subordonné à celui de la maladie générale sous l'influence de laquelle ils ont apparu, ou, peut-être, à la quantité de sang épanché. Lorsque l'hématome vient compliquer une hernie, il y aurait trois modes de traitement : 1° *L'incision et le lavage du foyer*, moyen dangereux, parce qu'il expose à des hémorrhagies et que les ligatures nombreuses placées sur le mésentère compromettent la vitalité de l'intestin ; 2° *le débridement*, qui semble le parti le plus simple et le plus facile, mais qui est également très dangereux, car la vitalité de l'intestin est mise en jeu avec un mésentère dont les fonctions sont interrompues par la présence de l'hématome ; 3° *la résection* qui paraît offrir le plus de sécurité. On la fait suivre selon les circonstances de l'entérorraphie ou de l'anus contre nature.

Le nombre des hématomes, leur volume, l'infiltration plus ou moins générale du mésentère, l'état du malade et la durée de l'opération déjà subie, seront les éléments qui devront guider dans le choix de ces moyens d'intervention.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par Paul Sollier, 1 vol. in 12, 230 pages. (Lecrosnier et Babé, et Bureau du *Progrès médical*, 1889).

Dans ce travail fort bien conduit et qui a été récompensé par la Société médico-psychologique de Paris (prix Aubanel), un ancien interne du Dr Bourneville à Bicêtre, M. Paul Sollier est arrivé à démontrer quelques faits généraux d'un haut intérêt.

D'après ces recherches, entre la dipsomanie, folie héréditaire et l'alcoolisme dit acquis, il existe « une forme intermédiaire de la passion pour les boissons alcooliques : c'est l'alcoolisme héréditaire, qui, plus fréquent certainement que la dipsomanie, tendra de plus en plus à empiéter sur le terrain de l'alcoolisme acquis ».

Pour M. Sollier, l'hérédité de l'alcoolisme peut être similaire ou dissemblable; la première étant à la seconde comme 3 est à 4. De plus, l'alcoolisme héréditaire appartient à la famille névropathique et en particulier à la branche psychopathique.

Enfin, d'après l'auteur, les causes qui font apparaître l'alcoolisme chez les héréditaires, et surtout chez les descendants d'alcooliques, ne sont que des causes occasionnelles et apparentes, qui sont loin de jouer le rôle qu'on a voulu leur attribuer. La seule véritable cause est l'hérédité qui crée la prédisposition, l'impulsion, et un état intellectuel et moral mettant l'individu dans l'incapacité de résister.

Ce mémoire s'appuie sur 87 observations la plupart inédites et empruntées aux notes de service de M. Bourneville qui a fait précéder le volume d'une préface à larges vues, montrant l'influence sociale de l'alcoolisme dans les temps que nous traversons.

Contribution a l'étude de l'antisepsie en obstétrique dans ses applications a la campagne, par le Dr René Rousseau. (Paris, 1888).

Le titre de cette thèse en fait assez bien connaître le contenu. L'auteur y démontre d'abord la nécessité de la méthode antiseptique à la campagne en s'appuyant sur quelques faits de septicémie puerpérale développés à la campagne. Puis, après un rapide exposé des conditions hygiéniques de la vie du paysan, il passe en revue les moyens principaux qui permettent d'obtenir l'asepsie du milieu ; propreté, aération, pulvérisations, vaporisations antiseptiques, désinfection rigoureuse des appartements contaminés antérieurement par le séjour de malades atteints d'affections contagieuses.

Enfin dans une 3e partie relative à la famille, et à l'asepsie du personnel qui entoure et soigne la parturiente, M. René Rousseau pose les règles suivantes : restreindre autant que possible le nombre des personnes qui doivent se trouver en rapport avec la femme en couches ; leur recommander des soins de propreté méticuleux ; isoler la parturiente des femmes enceintes et de celles qui relèvent de couches, et surtout des affections contagieuses.

Il va sans dire que le médecin prendra vis-à-vis de lui-même et imposera aux sages-femmes ou gardes appelées à assister la femme en couches, de sérieuses mesures de désinfection pour obtenir l'asepsie de personnes et de vêtements.

Enfin l'auteur termine par un conseil qui nous paraît peu pratique à la campagne : « Le médecin et la sage-femme, appelés auprès d'une femme atteinte de septicémie puerpérale, devront, dit-il, s'interdire de pratiquer des accouchements et même de visiter d'autres accouchées ». Mais lorsqu'il n'y a qu'un médecin pour un canton, par exemple, devra-t-on laisser mourir une femme en travail ? L'antisepsie est une bonne chose. Mais l'humanité est meilleure encore. Et puis, d'ailleurs, la septicémie puerpérale est encore chose relativement si rare à la campagne, qu'il y a plus à gagner à prêcher sim-

plement les bienfaits de l'antisepsie, qu'à éditer des propositions trop draconiennes et presque impossible affaire exécuter.

Les cahiers de 1889 de la médecine militaire française (officiers du corps de santé militaire a l'armée active réserve et armée territoriale), par le Dr Chassagne. 2 f. Paris Doin et Lavanzelle 1889, 61 pages, gd in 8°.

Beaucoup de réformes et de mesures de progrès réclamés dans ce livre ont été suivies d'effectivité et écoutées en haut lieu, peut-être bien parce que demandées sans intérêt personnel, et en se plaçant au point de vue si élevé de l'intérêt du corps de santé militaire, elles s'appuyaient sur des considérations précises, réelles et de bon jugement.

Nous nous contenterons de citer les modifications apportées d'abord à l'avancement de nos excellents confrères de réserve et de l'armée territoriale qui, quelle que fût leur distinction étaient délaissés dans un inexcusable oubli, puis à l'examen des médecins auxiliaires et si utiles auxiliaires; tout récemment à la statistique médicale de l'armée et à cet étonnant examen d'aptitude que l'on vient de remplacer par un concours sérieux, mais qui n'en a pas moins eu et n'en aura pas moins pendant plusieurs années encore un effet et une action posthume respectable.

Nos confrères du corps de santé militaire de l'armée de terre et de la marine et en particulier ceux qui appartiennent à la réserve et à l'armée territoriale voudront avoir dans leur bibliothèque ce petit livre de Progrès qui mérite l'excellent accueil fait l'an dernier à son aîné *Médecine et Médecins militaire* du même auteur. Dr A.

BULLETIN

Prophylaxie de la tuberculose. — Anesthésie chloroformique. — Traitement des kystes du foie. — Diabète conjugal.

M. Villemin a lu mardi devant l'Académie les conclusions rédigées par la Commission chargée d'étudier les moyens prophylactiques à opposer aux progrès de la tuberculose. Ces conclusions n'apportent guère avec elles des notions nouvelles; mais elles empruntent néanmoins une valeur toute particulière à la personnalité scientifique et à la notoriété du rapporteur. L'idée fondamentale dont la Commission s'est inspirée, c'est que la tuberculose est une maladie parasitaire, contagieuse et transmissible par contact ou à distance. De cette vérité, aujourd'hui solidement établie, découle naturellement la conception des moyens à mettre en œuvre pour détruire l'agent pathogène ou pour empêcher sa dissémination. Comme contre-partie il y avait lieu de fixer les conditions de réceptivité qui paraissent les plus propres à favoriser l'implantation du mal sur des organismes restés jusque-là indemnes. La Commission n'a pas manqué à ce soin et a dressé une liste des maladies qui constituent, par le fait seul de leur antériorité, une prédisposition certaine à l'infection tuberculeuse. Les conclusions, malgré leur caractère général, n'en sont pas moins complètes dans l'ensemble. Il ne reste plus qu'à les répandre dans la masse du public, à les vulgariser, à les rendre familières, afin qu'elles deviennent le point de départ d'une réforme reconnue indispensable pour la répression de ce fléau qui s'appelle la tuberculose.

— La grave question des dangers de l'anesthésie chloroformique et des moyens propres à les prévenir a été agitée cette semaine devant la Société de chirurgie. Les opinions exprimées à ce sujet sont d'accord sur un point, savoir l'importance que l'on doit attacher à la pureté chimique du chloroforme employé. M. Reynier en fait la condition absolue de toute sécurité. Quand cette condition est réalisée, nul danger n'est à craindre: si elle l'est plus rarement qu'on ne pense, cela tient à la propriété que le chloroforme possède de subir une décomposition rapide dans les récipients où on le tient enfermé. Il se forme alors de l'acide chlorhydrique et du gaz chloroxycarbonique très irritants pour les voies respiratoires de l'opéré. M. Reynier a constaté cette transformation sur des restes de chloroforme contenus dans des bouteilles qui n'avaient vu la lumière que le temps d'une chloroformisation. De cette remarque découle pour le chirurgien la nécessité de s'assurer avant l'opération, de la pureté du produit destiné à l'anesthésie; ce résultat s'obtiendra en n'employant que du chloroforme préparé de fraîche date et auquel on aura fait subir l'épreuve préalable de la distillation. On acquerrera par ce moyen des garanties bien voisines de la certitude.

— Le traitement des kystes hydatiques du foie représente une de ces questions qui confinent à la fois au domaine chirurgical et au domaine médical, et dont, pour ce motif, médecins et chirurgiens ont maintes fois revendiqué le monopole. Les premiers invoquent l'origine interne et profonde, le développement insidieux et lent, l'inertie habituelle de cette affection pour en réclamer la direction thérapeutique exclusive; quant aux chirurgiens, pour justifier leur tentative d'empiétement sur un terrain qui devrait leur rester étranger, ils font valoir comme principal argument l'insuccès habituel des médications ordinaires et principalement la fréquence des récidives après les ponctions simples et répétées: la laparotomie suivie de l'extirpation totale de la poche kystique, leur paraît être la seule méthode qui assure une guérison complète et définitive. Dans ce débat, de quel côté est la vérité? Ce serait, semble-t-il, à la clinique à fournir la réponse. Or la clinique vient précisément de faire pencher la balance en faveur des prétentions médicales, à en juger par la portée des faits que M. Juhel-Rénoy vient d'exposer à la Société médicale des Hôpitaux.

En effet, notre collègue affirme avoir fait disparaître rapidement et sans récidive jusqu'à ce jour, chez une jeune fille, un kyste ancien et volumineux, au moyen de la ponction simple suivie d'un lavage antiseptique avec la liqueur de van Swieten. Il y a huit mois que cette opération a été faite, la guérison semble aujourd'hui assurée comme au premier jour.

Voilà donc un succès qu'on peut mettre à l'actif du traitement médical et qui s'ajoute à ceux que M. Debove, un des initiateurs de la méthode, a remporté dans sa propre clientèle. La seule objection sérieuse dans l'espèce, est motivée par le pouvoir toxique du sublimé: Il faut tenir compte avec lui des susceptibilités individuelles impossibles à déterminer d'avance et craindre le développement des accidents caractéristiques de l'imprégnation mercurielle. La rapidité d'absorption dans les kystes est telle parfois, que le conseil donné par M. Sevestre de retirer avec soin l'excès de liquide resté dans la poche kystique, courra grand risque de rester illusoire. De là l'idée de substituer au sublimé une substance douée de propriétés parasiticides aussi efficaces et en même temps inoffensive. Le naphtol semble réaliser ces deux conditions et, de fait, a donné entre les mains de M. Chauffard, un succès en tout comparable à celui de M. Juhel-Rénoy. Il y a donc lieu d'en proposer l'emploi pour le traitement habituel des kystes simples, non suppurés.

Les chirurgiens ne manqneront pas de faire ressortir les côtés faibles de cette méthode, son efficacité douteuse, le petit nombre de faits à l'appui, la possibilité desrécidives ultérieures. Mais la réplique serait aisée : Il suffirait de mettre l'innocuité de la ponction suivie d'injection antiseptique en regard des dangers dn traumatisme opératoire, anqnel les malades ne consentent qn'avec nne sorte de résignation. Puis on pourrait invoqner aussi les faits incontestables de récidive constatés à la suite de laparotomies les mieux exécntées, etc etc. De ce choc d'arguments la supériorité dn traitement médical se dégagerait avec éclat : c'est dire que son avenir nons paraît dès maintenant assuré.

L'existence simnltanée dn diabète chez les deux époux doit-elle être impntée au hasard d'nne simple coïncidence, assurément rare et curieuse, on bien faut-il invoquer l'idée de contagion pour l'expliquer? A la suite de sa récente communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Debove semblait incliner vers cette dernière hypothèse. Or, le mot de contagion appliqné au diabète nous semble plns que risqué : car ce mot éveille l'idée d'infection, laqnelle est tout à fait contradictoire de l'interprétation que l'on donne habituellement an sens du mot diabète. En effet, la majorité des médecins désigne sous ce nom un état constitutionnel, ou plutôt une maladie générale se développant spontanément par l'effet de perturbations nntritives de cause encore inconnne. La notion de contagion, qui implique elle-même l'idée de principe infectieux, n'a pas trouvé place jusqu'à présent parmi les théories pathogéniques applicables au diabète : même l'envahissante microbienne, dont les progrès semblent devoir englober toute la pathologie, s'est arrêtée jnsqu'à ce jour au seuil des maladies générales, comme devant nne limite qu'il lui est interdit de franchir

La conclusion, c'est qu'il faut renoncer à introduire l'idée de contagion dans l'explication de la coïncidence dn diabète chez les époux, cette coïncidence devant être attribuée plutôt à la communanté des canses qui président d'ordinaire au développement de la maladie : alimentation défectueuse, ébranlement moral, chagrins prolongés, toutes conditions fâcheuses dont la solidarité conjugale impose les conséquences d'une manière égale aux denx époux. Cette interprétation si vraisemblable est en même temps la meilleure : avec elle la coïncidence signalée perd de son caractère exceptionnel et mystérieux pour devenir un fait d'ordre vulgaire. On pent même se demander si elle est aussi rare qu'on paraît le croire et si des recherches dirigées dans ce sens n'affirmeraient pas au contraire sa fréquence relative. La fréquence du diabète, principalement dans les grandes villes, donne à cette présomption un caractère de grande probabilité.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Instructions au public pour qu'il sache et puisse se défendre contre la tuberculose. — I. — La tuberculose est de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes dans les villes et même dans certaines campagnes.

En 1884, année prise au hasard comme exemple, sur 56,970 parisiens décédés, environ 15,000 — soit plus dn quart — sont morts de tuberculose.

Si les tuberculeux sont si nombreux, c'est que la phtisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public.

Les médecins considérent à bon droit, comme tuberculeuses, bien d'antres maladies que la phtisie pulmonaire. En effet, nombre de bronchites, de rhumes, de pleurésies, de gourmes, de scrofules, de méningites, de péritonites, d'entérites, de tumeurs blanches, osseuses et articulaires, d'abcès froids, sont des maladies tuberculenses, aussi redoutables que la phtisie pulmonaire.

II. — La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagiense, transmissible, causée par un microbe — *le bacille de Koch.* Ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessnres et d'ulcérations diverses.

Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie; certains états constitutionnels provenant dn diabète, de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose.

La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation.

Nous avons nn exemple encourageant dans les résultats obtenus pour la fièvre typhoïde, dont les épidémies diminuent dans toutes les villes où l'on sait prendre les mesures nécessaires pour empêcher le germe typhoïde de se mêler anx eaux potables.

III. — Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtont, lapin, volailles).

La viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

IV. — Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tubercelose sous toutes ses formes (puisqu'il meurt annuellement à Paris plus de 2.000 tuberculeux âgés de moins de deux ans), doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices.

(1) Ces instructions ont été rédigées par la Commission permanente du Congrès pour l'étude de la tuberculose, composée de : MM. Chauveau, professeur au Muséum, membre de l'Institut, président. — Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique. — Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Grancher, professeur à la Faculté de médecine, directeur des vaccinations à l'Institut Pasteur. — Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. — Legroux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — Leblanc, secrétaire général de la Société centrale de médecine vétérinaire, membre de l'Académie de médecine. — Nocard, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine. — Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine vétérinaire pratique. — Verneuil, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut. — Villemin, ancien médecin-inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. — L. H. Petit, secrétaire général.

Elles ont été revues et approuvées par MM. Bouchard, Brouardel, Potain et Proust, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, membres du Congrès et de l'Œuvre de la tuberculose.

L'allaitement par la femme saine est l'idéal.

La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

L'enfant ainsi élevé aura de grandes chances d'échapper à la tuberculose.

Si l'allaitement au sein est impossible et qu'on le remplace par l'allaitement artificiel, le lait de vache, donné au biberon, au petit-pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli.

Le lait d'ânesse et de chèvre offre infiniment moins de danger à être donné non bouilli.

V. — Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée.

Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux, est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface: les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées sont seules sans danger.

VI. — D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchés et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose :

1° Savoir que, les crachats des phtisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures;

2° Être bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous.

Les crachoirs doivent toujours être vidés dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines;

3° Ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants;

4° Eloigner des locaux habités par les phtisiques les individus considérés comme prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc.;

5° Ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phtisique (linges, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sons pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux);

6° Obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, chalets ou villas occupées par les phtisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures; qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum.

Le public est le premier intéressé à préférer les hôtels dans lesquels pareilles précautions hygiéniques et pareilles mesures de désinfection si indispensables sont observées.

La conservation des viandes par le froid. — La conservation et le transport lointain des viandes par le froid ont pris, dans ces dernières années, une extension considérable. Mais l'incertitude sur la qualité propre des viandes et sur les procédés employés ne semblait pas avoir donné la mesure exacte de ce qu'on peut attendre de ce procédé. Aussi devons-nous faire connaître les résultats des recherches entreprises sur ce sujet par M. G. Pouchet, à l'aide des chambres à froid installées dans l'usine de la Compagnie parisienne de l'air comprimé.

Au commencement d'avril, M. Pouchet a enfermé dans ces chambres des quartiers de viande de moyenne qualité, celle-là même qui est fournie quotidiennement aux hôpitaux. Le dernier essai de dégustation fait sur ces viandes a eu lieu au bout de soixante jours. Dans cet intervalle de temps, la température des chambres était restée en moyenne entre — 5 et — 15 degrés, plus près de — 15 degrés en général; elle est parfois descendue jusqu'à — 19 degrés. Une seule fois, pendant quarante-huit heures, par suite d'un accident de machine, la température est remontée au voisinage de zéro; mais cet écart ne paraît avoir eu aucune influence fâcheuse.

Après cette durée de soixante jours, la viande avait conservé sa couleur; elle était dure, compacte, et les forts quartiers ne pouvaient être coupés qu'à la scie. On nota que la chambre où le séjour de la viande avait eu lieu, et où l'air ne se renouvelle pas, ne laissait percevoir absolument aucune odeur de boucherie ou de viande.

Des morceaux détachés pour l'usage culinaire ayant été mis à dégeler jusqu'au lendemain dans une cave froide, on constata, après douze à vingt heures, que ces morceaux avaient seulement un peu l'apparence que les bouchers qualifiaient de *rassise*. La viande laissait couler, en dégelant, un liquide aqueux, rosé; mais la viande et ce liquide étaient absolument inodores, n'ayant pas même l'odeur habituelle et caractéristique de la viande de boucherie.

Les morceaux, traités par divers procédés culinaires, ont été servis dans des repas de huit à dix personnes, qu'on avait soin de ne pas prévenir. La viande a été trouvée de tous points excellente, tendre et savoureuse.

Un point sur lequel M. Pouchet a attiré l'attention, c'est que cette viande conservée crue, pas plus que le liquide qui s'en écoule pendant le dégel, ne manifeste de tendance à la décomposition rapide. Le liquide écoulé de la viande dégelée, recueilli et conservé à l'air, n'avait contracté, le surlendemain matin, même après un jour orageux, aucune odeur. Ce qu'on a dit de la tendance à la putréfaction des viandes ayant été conservées par le froid ne doit donc, sans doute, s'appliquer qu'à celles qui ont été conservées au voisinage de zéro, c'est-à-dire à une température à laquelle beaucoup d'humeurs restent encore liquides; mais rien de tel ne se produirait avec la viande réellement congelée.

Cette conservation parfaite de la viande pendant soixante jours, quand elle est soumise à un froid de — 10 à — 15 degrés, est un phénomène fort intéressant à connaître, au point de vue des applications qu'il peut comporter; il est également intéressant, au point de vue de la conservation plus ou moins marquée de la structure anatomique des tissus et de leurs propriétés, en particulier de celles qui impressionnent l'odorat et le goût. (*Revue scientifique*).

NOUVELLES

Le Conseil municipal de Paris a voté récemment la création d'une chaire de biologie. M. Georges Pouchet, professeur au

Muséum d'histoire naturelle, nommé professeur titulaire, commencera ce cours l'hiver prochain.

*
* *

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat aura lieu le lundi 21 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, le lundi 9 septembre au samedi 5 octobre inclusivement.

Le concours de l'externat aura lieu le mercredi 23 octobre, à quatre heures précises. Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois heures, du lundi 9 septembre au samedi 5 octobre inclusivement.

*
* *

Faculté de médecine de Bordeaux.—Le concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique près la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Latrille.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1889, la chaire de botanique et histoire naturelle médicales, et la chaire de physique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier, sont déclarées vacantes.

*
* *

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 18 juillet 1889, M. le docteur de Cotte, médecin auxiliaire de deuxième classe, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

*
* *

Le *Congrès de chirurgie* se tiendra à Paris, du 14 au 20 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Les questions suivantes y seront traitées ; 1° Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales ; 2° Traitement chirurgical de la péritonite ; 3° Traitement des anévrysmes des membres.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 JUILLET 1889.

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 1. — Rougeole, 29. — Scarlatine. 5. — Coqueluche, 14.—Diphtérie, croup. 24. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 169. – Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses, 64. — Autres, 4. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 7. —Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 23. — Bronchite chronique, 12. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 29 —Gastro-entérite des enfants : Sein. 33 —Biberon, 132.—Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales. 1 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 29. — Suicides, 13.—Autres morts violentes, 3.—Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 4. —Total : 967.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52 rue Madame et rue Corneille, 3



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

Sur le traitement de l'endométrite par la flèche de chlorure de zinc, par le Dr Polaillon, chirurgien de la Pitié, Professeur agrégé, Membre de l'Académie de médecine.

(*Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine, le 23 juillet*).

(*Suite et fin.*) (1).

Les exemples précédents montrent avec quelle circonspection on doit manier la cautérisation intra utérine par la flèche de chlorure de zinc. Il faut, par une expérience acquise, savoir proportionner l'intensité de la cautérisation, c'est-à-dire la grosseur de la flèche caustique, avec l'effet que l'on veut produire. Mais les accidents éventuels, qui peuvent résulter d'une cautérisation trop forte, ne sont pas imputables au procédé, ils sont imputables à l'opérateur.

Une grande prudence est surtout de rigueur chez les femmes qui sont dans la période de la vie où elles peuvent concevoir. La métrite chronique, dont elles souffrent, est une cause de stérilité. En les guérissant de leur affection, on se propose en même temps de les rendre aptes à être fécondées. Or, le traitement irait singulièrement à l'encontre de ce but, s'il détruisait complètement la muqueuse utérine et s'il oblitérait ses orifices. Aussi j'ai bien spécifié que la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc *devait être légère chez les jeunes femmes*, et j'insiste encore beaucoup sur ce point. Il vaut mieux y revenir deux fois, que de faire en une seule fois une cautérisation trop forte. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu l'occasion de voir quelques-unes de mes opérées devenir enceintes. Mais M. Dumontpallier dit formellement que « parmi ses 100 premières malades, opérées depuis cinq mois, 4 se sont présentées à sa consultation avec les symptômes du début de la grossesse ».

D'ailleurs, l'introduction de l'hystéromètre, pratiquée nombre de fois par M. Dumontpallier et par moi chez les malades guéries, prouve que la cautérisation n'a pas déterminé l'atrésie des orifices du col et que la cavité du corps paraît subsister comme à l'état normal. Sur 100 observations, mon confrère de l'Hôtel-Dieu n'aurait rencontré l'atrésie du col que trois ou quatre fois. Je l'ai constatée 3 fois sur 39 opérées, en mettant à part le cas où j'ai volontairement oblitéré l'utérus. Quel est le traitement local de la métrite qui n'expose pas, de temps en temps, à l'atrésie du col ? Est-ce le curetage ? est-ce la cautérisation avec le nitrate d'argent, avec le caustique de Filhos, avec le fer rouge, etc ? Les faits sont là pour démontrer le contraire.

VI. Si la clinique laissait subsister quelques doutes sur l'efficacité particulière du procédé que nous préconisons, un coup d'œil sur l'anatomie pathologique de la métrite chronique viendrait les dissiper.

Les lésions de cette maladie étaient fort mal connues avant

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

LES MÉDECINS FRANÇAIS AUX COLONIES.

Vers cette fin de siècle où les produits de l'imprimerie se multiplient étonnamment, le travailleur est comme pris de vertige quand il jette un coup d'œil sur l'immense quantité de notes, mémoires, livres ou brochures que l'on publie même dans un ordre spécial et relativement restreint de nos connaissances.

Au milieu de cette abondance de recherches et de travaux et à ne considérer que le champ de la médecine, il en est qui par leur seule origine ont plus de retentissement. Si la personnalité du signataire joue le principal rôle dans cette distribution inégale du bruit que la *trompette de la renommée* fait à propos de mainte élucubration, le lieu où apparaît la production nouvelle ne manque pas d'importance. Il y a grand avantage à travailler dans un centre universitaire, dans une grande ville, dans une capitale comme Paris, où les académies, les écoles, les journaux forment autant de canaux de propagation pour une découverte même de minime valeur. Les Universités de province viennent bien loin après Paris dans cette propriété disséminatrice des résultats d'observations souvent originales ; elles peuvent être inconsciemment dépouillées du mérite de leurs travaux et s'en plaignent parfois à trop juste raison; car le silence relatif qui accompagne l'éclosion des recherches nouvelles dans une école ou même dans une Faculté provinciale favorise les larcins involontaires et explique les injustices. Le résultat est pis encore pour les travailleurs isolés.

Que si, au lieu d'études faites dans notre pays, nous considérons la situation des chercheurs qui dans des pays lointains poursuivent la solution de certains problèmes, il semble que l'émotion du public scientifique ne sera pas facilement mise en éveil par la publication du résultat de leurs investigations.

C'est dans ces conditions très défectueuses que se trouve un groupe considérable de travailleurs. Les médecins de la marine et ceux des médecins militaires qui sont détachés dans tel coin de nos colonies, ont cependant plus d'une raison de chercher à occuper leur temps à l'étude de questions nouvelles ou peu connues. Les loisirs ne leur manquent généralement pas. Les distractions sont rares. Aussi beaucoup travaillent-ils, et c'est en parcourant quel-

les récentes recherches du professeur Cornil (1). Sur des utérus frais, enlevés par une opération chirurgicale, notre savant confrère a constaté que la muqueuse enflammée atteignait une épaisseur de 3, 4, 5 millimètres, et quelquefois d'un centimètre, que sa consistance était semblable à celle de la gelée de groseille, que sa surface était irrégulière, parsemée de petits kystes glandulaires et de saillies mollasses, qui deviennent parfois de véritables polypes. Les glandes sont de deux à cinq fois plus grosses qu'à l'état normal. Leur hypertrophie se prononce surtout à la face externe de la muqueuse, qu'elles débordent en pénétrant dans la paroi musculeuse. Le tissu conjonctif du chorion muqueux prolifère, forme les saillies polypiformes de la face interne, et accompagne les glandes dans leur envahissement du tissu musculaire. Une vascularisation excessive se voit dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans la muqueuse aussi bien que dans l'interstice des fibres musculaires ; mais la congestion atteint son maximum d'intensité au niveau de la face profonde de la muqueuse, où les vaisseaux sont particulièrement dilatés. Enfin l'inflammation se localise plus spécialement tantôt sur la muqueuse, tantôt sur le parenchyme. Mais les deux tuniques, muqueuse et musculeuse, sont malades à la fois, et, au point de vue du traitement, il n'est pas possible de séparer l'endométrite de la métrite parenchymateuse.

Cet utérus, dont la muqueuse est si profondément altérée, ne peut plus se guérir par des topiques émollients ou autres, par le repos, l'hygiène, les médicaments internes. Sans négliger d'améliorer et de modifier la constitution générale, il faut agir chirurgicalement sur lui. Il faut enlever plus ou moins profondément sa muqueuse et, par suite, le débarrasser des produits septiques qui peuvent causer à tout moment des angéioleucites et l'extension du mal.

Les injections antiseptiques ou légèrement caustiques sont insuffisantes, parce qu'elles agissent trop superficiellement. Il en est de même des crayons de tannin, d'iodoforme ou d'autres substances, introduits dans la cavité utérine.

L'écouvillonage est plus efficace, car il emporte le mucus et les couches ramollies de la muqueuse, en mettant celle-ci en contact avec une mixture qui contient une forte proportion d'acide phénique ou de créosote. Il guérit assez souvent les métrites chroniques d'une faible intensité.

A peu près sur le même rang, comme efficacité, viennent les cautérisations avec un pinceau imbibé d'une solution concentrée de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure et surtout de chlorure de zinc, lorsque ces cautérisations sont faites avec habileté et persévérance.

Le crayon de nitrate d'argent cassé et laissé dans la cavité utérine, où il se dissout, se rapproche beaucoup, comme effet thérapeutique, de la cautérisation avec une solution concentrée de ce même caustique. Il en est de même des caustiques solides, nitrate d'argent ou caustique de Filhos, qu'on glisse dans la cavité utérine avec un porte-caustique pour les mettre en contact avec la muqueuse pendant un temps ordinairement très court. La galvano-caustique intra-utérine n'est pas plus recommandable.

Tous ces procédés échouent souvent, et les guérisons, qu'ils procurent, sont, en général, peu durables.

Le curetage, dont on fait de nos jours un si étrange abus, a l'avantage d'agir rapidement et profondément. Il est fondé sur le principe très rationnel de détacher avec une curette tranchante toute la muqueuse malade jusqu'à ses couches profondes qui, étant plus denses, résistent au raclage. Mais le curetage est une opération assez grave. Il impose l'obligation de faire, à l'avance, une antisepsie rigoureuse du vagin et de l'utérus, sous peine d'exposer la malade à la septicémie. Il nécessite toujours la dilatation préalable du col, pour l'introduction des curettes. Il rend la chloroformisation à peu près indispensable. Il fait perdre du sang, et quelquefois beaucoup de sang, à des femmes affaiblies par des métrorrhagies antérieures, par des leucorrhées, et par tous les malaises qu'entraîne la longue durée d'une métrite chronique.

En revanche de ces inconvénients et de ces dangers, le curetage utérin mérite-t-il par la fréquence de ses succès la faveur dont il jouit? Je me crois autorisé à répondre par la négative. Je ne l'ai pas vu réussir plus souvent que les autres procédés. L'action de la curette dans l'utérus n'est pas aussi efficace qu'on pourrait le penser. Des portions de muqueuse peuvent échapper au grattage, et ce grattage, nécessairement aveugle, peut être trop profond dans certains points, trop superficiel dans d'autres. Le professeur Cornil a eu l'occasion d'examiner un utérus qui avait subi le curetage, deux mois auparavant, pour une métrite chronique. La muqueuse

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu sur les métrites. *Journ. des Connaissances médicales*, 5 avril 1888, n° 14 et suivants.

---

ques publications dont j'ai à parler que je me suis laissé aller à ces réflexions.

La plupart des médecins se doutent-ils en effet qu'on a publié, il y a déjà plus de 15 ans, en 1874, un Répertoire Bibliographique des travaux des médecins et des pharmaciens de la marine et que ce répertoire remplit près de 300 pages in-8° d'un texte très compact? Dès 1867, le Dr Lefèvre avait fait paraître une histoire très intéressante du service de santé de la marine depuis la création de ce corps de santé en 1689. Mais il n'a pu que laisser entrevoir les services rendus et la somme des travaux accomplis.

En 1816, lorsque furent fondées les Annales maritimes et coloniales, les recherches de nos confrères de la médecine navale trouvèrent là une voie d'écoulement. Mais c'est surtout depuis 1864, depuis la fondation des Archives de médecine navale, que les travaux se sont multipliés si bien que dix ans après le début de ce recueil, MM. Charles Berger et Henri Rey ont pu, en appendice, fournir le répertoire dont nous venons de parler et qu'il faudrait aujourd'hui pour le mettre au courant, doubler peut-être de volume. Car chaque mois, ces Archives dirigées depuis trois ans par le Dr G. Treille, qui a succédé au savant, au judicieux et toujours encore laborieux Dr Le Roy de Méricourt, accumulent les mémoires.

Ouvrez au hasard un des derniers numéros de ce Recueil, et vous resterez surpris de la variété et de l'importance des sujets traités. Ainsi je prends le n° du 15 mars dernier et j'en copie tout au long la table des matières. Après un rapport médical sur la campagne de 1887-88 dans le Soudan français, par le Dr Laffont, vient la relation d'une épidémie de choléra observée à Pnom-Penh (Cambodge) en février, mars, avril, mai et juin 1888, par le Dr Le Jollec. Puis on trouve un rapport médical sur Obok, par le Dr Esclangon. Voici maintenant une contribution à l'étude de la flore de la Sénégambie et du nord du Foutah-Djallon par le Dr Noury, suivie d'une contribution à la géographie médicale des Antilles et du littoral est de l'Atlantique nord, par le Dr Vincent, et de l'observation d'un cas d'aïnhum à Madagascar par le Dr Cognes. Enfin, après une note pour servir à l'étude anatomo-pathologique des lésions de la fièvre jaune, vient la Bibliographie et le Bulletin officiel du mois précédent, contenant les dépêches ministérielles relatives aux officiers du corps de santé de la marine.

Chaque mois produit autant d'études analogues. Et cependant

utérine était inégale, bourgeonnante. Elle présentait partout, au microscope, les lésions de l'endométrite chronique, et, dans un point, on voyait un petit polype muqueux formé de tissu glandulaire. « Ce fait nous a paru intéressant, dit M. Cornil, parce qu'il montre que la muqueuse utérine enflammée bourgeonne à nouveau avec les caractères de l'endométrite après le curetage. Il est d'ailleurs difficile d'enlever complètement, avec la curette, les productions polypiformes d'un certain volume (1). »

Or, ce que la curette ne peut faire, dans un grand nombre de cas tout au moins, la flèche de chlorure de zinc laissée à demeure le réalise avec une sûreté, une facilité et une innocuité incomparables. Sans faire perdre une goutte de sang, le chlorure de zinc attaque uniformément les couches ramollies de la muqueuse, les vaisseaux dilatés et les glandes dégénérées en pénétrant dans leurs ramifications les plus profondes. Il épuise son action sur les tissus malades, et respecte, pour ainsi dire automatiquement, les tissus sains, parce qu'ils sont plus durs. Enfin, quand on compare l'épaisseur d'un demi-centimètre à un centimètre de la muqueuse atteinte d'inflammation chronique avec la minceur prescrite de nos flèches, on n'a plus l'appréhension que cette muqueuse soit frappée de mort jusque dans ses couches saines, jusqu'au tissu musculaire sain.

Le procédé de la flèche à demeure n'exige ni antisepsie préalable, ni chloroformisation. Il n'effraie pas par l'appareil d'une opération importante. Il ne fait courir aucun danger pour la vie, ni même aucun danger de complication sérieuse. Il procure ordinairement une guérison prompte et solide. Il laisse à l'utérus l'intégrité de ses fonctions, pourvu qu'une main expérimentée ait guidé son application. Toutes ces raisons expliquent mes préférences pour ce procédé héroïque dans le traitement des métrites chroniques.

VII. — Il ne me reste plus qu'à exposer brièvement les indications et les contre-indications du procédé.

En général, toutes les *endométrites chroniques* avec lésions anciennes et sécrétions purulentes ou muco-purulentes, toutes les *endométrites infectieuses*, toutes les *endométrites hémorrhagiques*, même toutes les *hémorrhagies utérines*, sauf celles de l'accouchement et des gros myômes, sont justiciables de son emploi.

Par lui, les *métrites parenchymateuses*, qui se combinent presque toujours avec une endométrite, sont aussi avantageusement modifiées et guéries. Il en serait probablement de même de l'affection que j'ai décrite sous le nom de *gigantisme de l'utérus* (1), lorsque cette affection est encore à son début. Mais, dans ces cas, le traitement est plus long, et plusieurs applications de flèches sont souvent nécessaires.

Les maladies précédentes menacent quelquefois la vie par des accidents graves, en particulier par des pertes de sang, et conduisent à des opérations dangereuses, l'hystérectomie vaginale ou la castration. Ne vaudrait-il pas mieux, dans ces circonstances, porter la cautérisation avec la flèche à demeure jusqu'à détruire toute la muqueuse, jusqu'à attaquer la couche musculaire, de manière à obtenir un retrait de l'utérus et une oblitération cicatricielle de sa cavité ? Cette *cautérisation oblitérante* ne pourrait-elle pas remplacer beaucoup d'hystérectomies, beaucoup de castrations ? C'est une question que je pose ici, et qui mérite les méditations des chirurgiens. Dans mes deux faits d'oblitération utérine, je n'ai vu survenir aucun accident du côté des trompes et des ovaires.

Chez les femmes, qui ont passé l'âge de la ménopause, le procédé de la flèche à demeure peut être appliqué très largement. Au contraire, je recommande les plus grands ménagements dans son application chez les jeunes femmes. Cette indication étant bien établie, il ne faut pas accuser inconsidérément la cautérisation par la flèche à demeure de causer la stérilité. Toutes les jeunes femmes affectées d'endométrite chronique sont stériles. Elles resteront stériles, si on ne les traite pas, et elles continueront à souffrir. Le traitement, qui les guérit de leur métrite, ne leur rend pas toujours l'aptitude à devenir mère. Il les met seulement dans de bonnes conditions pour qu'une grossesse se produise. C'est évidemment tout ce qu'il peut promettre à cet égard.

La métrite aiguë simple est une contre-indication de la flèche à demeure. Il n'est pas indiqué, en effet, d'y recourir pour une maladie qui guérira par le repos, quelques narcotiques, quelques émollients, quelques injections modificatrices

(1) Anatomie pathologique des métrites. In *Journ. des Connaissances médicales*, 14 juin 1888, n° 24, p. 187.

(1) Polaillon. Note sur le gigantisme utérin. *Union médicale*, n° 144, novembre 1887.

---

là n'est pas renfermé tout le produit du travail des médecins de la marine.

Sans négliger de mentionner tout ce qu'on doit aux géographes, aux explorateurs comme Crevaux, aux naturalistes, etc. (1), il faut compter encore avec les thèses inaugurales qui bien souvent sont consacrées par nos confrères à élucider tel ou tel sujet qu'ils ont été en mesure de pouvoir étudier.

Ainsi voici M. Hippolyte Lamy qui apporte ses contributions à l'Hygiène Navale et utilise son séjour dans le Haut-Sénégal, pour montrer le rôle que jouent et surtout que pourront jouer les avisos, ces rouliers de fleuve, pour l'extension de la civilisation et des bienfaits de l'hygiène dans cette colonie si importante, mais jusqu'ici trop malsaine (2).

Un autre médecin de la marine, M. Bahier, ayant fait partie du corps expéditionnaire qui pendant la dernière campagne de Chine a successivement occupé Formose et les Pescadores (1884 et 1885) nous décrit (1) l'épidémie de choléra qui a cruellement éprouvé nos troupes durant leur séjour dans ces îles.

Mais il n'est pas que les colonies lointaines, qui puissent servir de sujets d'étude aux médecins. Il en est de plus rapprochées de nous, faisant pour ainsi dire partie de la métropole, comme l'Algérie, qui offrent encore des problèmes à résoudre, des questions à élucider, des recherches à poursuivre. Ici on le sait, ce ne sont plus les médecins de la marine que nous trouvons comme pionniers de la science, ce sont plutôt des médecins militaires. Ce corps de santé a, lui aussi, de brillants états de service à faire valoir au point de vue scientifique, quoique d'un autre genre. Mais en Algérie leurs études peuvent se rapprocher de celles de leurs collègues de la médecine navale.

Il s'agit en effet d'une colonie ayant un climat bien plus chaud que le nôtre dont la pathologie présente souvent des caractères et des formes spéciales et où bien des régions presque inconnues ou inexplorées offrent des sujets d'étude encore vierges.

(*A suivre*) Dr ALBERTUS.

(1) Voir la brochure de M. Ollivier, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon, intitulée : *Le médecin de la marine dans les voyages de découvertes autour du monde.* (Discours d'ouverture de l'année scolaire 1864-1865.)
(2) Thèse de Paris, 1888, Henri Jouve, imp.

(1) Thèse de Paris, 1888. A. Davy, imprimeur.

intra-utérines. Je condamne l'abus que l'on pourrait faire de ce procédé en raison même de la facilité de son application. Mais si la métrite aiguë est de nature *blennorrhagique* ou *infectieuse*, il importe d'arrêter radicalement le mal afin de prévenir son extention aux trompes. Or, rien ne saurait mieux atteindre ce but que la cautérisation avec la flèche de chlorure de zinc, qui est l'agent antiseptique par excellence.

Une autre contre-indication, ou plutôt une cause d'échec, est l'existence d'une ovarite ou d'une ovaro-salpingite compliquant la métrite. Je n'ai pas observé que, dans ces cas, la métrite fut aggravée par la cautérisation de la flèche à demeure; elle est même améliorée momentanément; puis la maladie reprend son cours. L'inflammation utérine est alors sous la dépendance de l'affection des annexes. Elle se perpétuera, tant que ceux-ci seront altérés, et c'est contre eux qu'il faut porter l'effort du traitement.

En résumé, j'avais reconnu avant M. Dumontpallier, que le traitement local de l'endométrite chronique, au moyen d'une flèche de chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages par la simplicité de son application, par son innocuité et par la rapidité de la guérison. Mais j'ajoute qu'il ne faut se servir de ce procédé qu'avec une extrême prudence.

REVUE GÉNÉRALE

La pathogénie du diabète.

Le débat qui s'est engagé récemment à la tribune de l'Académie au sujet du traitement du diabète vient de se terminer. Chacun des orateurs qui y ont pris part a cru devoir maintenir entières des conclusions dictées, aux uns par la simple observation, aux autres par l'évidence de faits cliniques ou physiologiques précis et indéniables, à tous par une conviction personnelle depuis longtemps arrêtée. Nous avons donc assisté encore cette fois, à une de ces discussions scientifiques courtoises dans la forme, mais âpres dans le fond, dont nos Académies sont coutumières, et dont l'issue, dans le cas particulier, n'est pas faite pour éclairer et pour rassurer tous ceux qui, médecins ou malades, soutiennent chaque jour contre cette redoutable maladie appelée diabète, une lutte dont l'issue est toujours incertaine.

Il nous a donc semblé opportun de jeter à notre tour un coup d'œil sur l'état actuel de cette grande question de l'origine du diabète. Nous jugeons inutile de rappeler ici toutes les hypothèses émises sur ce sujet. Il suffira d'exposer sommairement celles qui règnent à l'heure présente. De nos jours, la majorité des médecins est restée fidèle à une théorie qui date de loin, mais à laquelle, dans un ouvrage remarquable, M. Bouchard a donné un corps et une apparence de doctrine : cette théorie est celle du ralentissement de la nutrition. Résumons-la brièvement. Il existerait, chez les diabétiques, une tendance particulière en vertu de laquelle les combustions organiques seraient amoindries, ralenties, diminuées. De cet amoindrissement des combustions qui représentent, en définitive, la somme des actes nutritifs élémentaires, résulterait une conséquence importante. Certaines substances que, dans les conditions de santé normales, on ne trouve jamais dans l'urine, s'y montreraient dès lors d'une manière permanente, et dans des proportions variables. C'est d'abord la glycose, dont l'excrétion persistante forme le caractère principal du diabète. Puis l'urée, l'acide urique, les composés phosphorés, etc., etc., dont la présence dans l'urine coïncide souvent avec celle du sucre. La déperdition de ces différents corps serait, dans la théorie de M. Bouchard, le résultat de leur présence en excès dans le sang, ce dernier fait étant lui-même engendré par une élaboration vicieuse ou incomplète des matériaux introduits journellement dans l'organisme pour y subvenir à l'usure et à l'entretien de nos tissus.

Telle est, en substance, l'idée fondamentale de cette théorie, mais cet énoncé rapide exige quelques développements. Tout d'abord il convient de rappeler que les origines du sucre dans l'organisme sont multiples; que la plus grande partie provient de l'alimentation, mais qu'une autre fraction importante peut être fabriquée sur place par nos tissus, aux dépens de matériaux qui d'habitude ne fournissent pas d'élément à l'élaboration de la substance glycogène : que la dissémination de cette substance est également complexe et que si le foie en renferme une fraction très importante, d'autres organes ou tissus en possèdent également une certaine proportion. Ces notions préalables sont d'ailleurs nécessaires à la compréhension de toute hypothèse, quelle qu'elle soit, propre à éclairer la pathogénie du diabète.

Pour appuyer sa théorie, M. Bouchard a cherché des arguments à la fois dans la clinique et dans les données de la chimie humorale. Un des principaux, par ordre d'importance, est tiré de la coexistence fréquente chez les diabétiques ou leurs ascendants de certaines dispositions pathologiques et de certains états constitutionnels qu'il n'hésite pas à mettre sur le compte de la nutrition retardante. Ce sont particulièrement l'obésité, la lithiase biliaire, la diathèse urique, la gravelle, la goutte, toutes affections qu'il rapporte à une élaboration vicieuse des matériaux ternaires, à une utilisation insuffisante ou incomplète des apports fournis par l'alimentation à l'organisme. D'autre part il insiste sur la fréquence remarquable du diabète chez certaines races vouées à la vie sédentaire, à l'inertie musculaire habituelle, à la stagnation physique relative, comme la race juive en offre un exemple emprunté à notre propre civilisation : sur l'apparition fréquente de la maladie vers l'âge de maturité et de déclin, c'est-à-dire vers ce moment de la vie où les phénomènes d'ordre nutritif semblent perdre de l'activité qui les caractérisait durant la jeunesse, l'adolescence, l'âge adulte. D'autres arguments se présentent encore; mais l'énoncé de ceux-ci suffira, pensons-nous, à montrer l'esprit et la tendance de la doctrine du ralentissement nutritif appliqué à la pathogénie du diabète.

Ainsi, dans la théorie de M. Bouchard, cette maladie reconnaîtrait essentiellement pour cause le défaut de combustion du sucre introduit dans l'organisme ou formé dans l'intérieur de celui-ci. En ce qui concerne l'influence du système nerveux, influence démontrée par l'examen d'un grand nombre de faits, elle serait, d'après M. Bouchard, un argument de plus en faveur de ses idées. Si l'influence nerveuse intervient dans les actes nutritifs, c'est pour les modérer : son intervention régulatrice tend à les ralentir plutôt qu'à les activer et peut dès lors jouer le rôle d'un intermédiaire modérateur qui pourra mettre obstacle à la combustion normale du sucre. Le rôle bien connu des préoccupations intellectuelles, des émotions morales dans la production du diabète s'expliquerait ainsi naturellement.

Toute autre est la théorie dont nous avons à parler maintenant et que M. A. Robin a soutenue avec conviction et talent lors du dernier débat académique. Avant de l'exposer, il importe d'établir ici une notion préalable extrêmement importante : il s'agit de la présence du sucre dans les urines nor-

males. Ce fait longtemps contesté a été mis hors de doute par l'emploi de réactifs nouvellement découverts qui permettent de déceler des traces presque impondérables de sucre. Or, si l'on admet comme un fait normal l'excrétion d'une certaine quantité de sucre par les urines, il est clair que la déperdition en excès de ce principe, laquelle constitue le diabète ne peut plus être regardée que comme l'exagération de ce fait : La glycosurie pathologique n'est plus, dans cette manière de voir, que l'exagération d'une fonction normale. Cette interprétation parfaitement logique a été soutenue vigoureusement par M. G. Sée : La nouvelle conception qui en résulte autorise, d'après lui, à proclamer l'*unité* du diabète, dont les soi-disant formes ne seraient plus que des degrés divers, déterminés eux-mêmes par la continuité et l'abondance de la déperdition de matière sucrée. Mais cette notion de la glycosurie normale comporte encore d'autres conséquences très importantes.

M. A. Robin s'est attaché surtout à combattre l'opinion d'après laquelle les phénomènes d'ordre nutritif seraient amoindris et diminués chez le diabétique. Ses recherches de chimie humorale lui ont fourni à cet égard des arguments qu'il considère comme décisifs. En effet, si la nutrition est réellement diminuée chez le diabétique, la mesure des oxydations qui s'accomplissent dans l'organisme de celui-ci devra fournir la preuve de cette opinion. Or les conclusions qu'on va lire et dont la valeur est garantie par la compétence particulière de M. A. Robin, conduisent bien plutôt à une proposition inverse.

1° La désassimilation est augmentée chez les diabétiques ;

2° Les oxydations sont exagérées.

3° Le diabétique consomme plus de matière azotée que l'homme bien portant. Il brûle mieux ses matériaux de désassimilation qu'un organisme normal ;

4° L'organisme du diabétique ne perd pas son pouvoir oxydant sur les matériaux ternaires, comme le prouve la combustion énergique des corps stables (benzol, acide tartrique) chez lui les oxydations phosphorées sont supérieures à la normale ;

5° Il y a chez lui activité de réduction de l'oxyhémoglobine. De cette dernière remarque, on peut rapprocher ce fait que, chez les animaux rendus artificiellement glycosuriques, le sang absorbe avidement l'oxygène ;

6° L'élimination de CO^2 chez les diabétiques est au moins égale à celle de l'homme en santé. Corrélativement, on peut dire que la désassimilation est exagérée dans sa totalité puisqu'elle porte sur tous les éléments.

On pourrait résumer ces propositions en disant que dans le diabète il y a suractivité de tous les actes chimiques, que de plus il y a suractivité dans la nutrition du foie et du système nerveux, comme le prouve l'élimination considérable d'urée, dont la formation a lieu en grande partie dans la glande hépatique. Or une semblable conclusion autorise rigoureusement l'affirmation suivante : Le diabète est essentiellement constitué par la fabrication anormale de sucre et par le fonctionnement exagéré des cellules *hépatiques*.

Nous venons de résumer aussi clairement que possible les données fondamentales de chacune des théories en présence. A laquelle de ces théories faut-il se rallier ? Grave question, car du parti que l'on prendra découleront des conséquences très importantes au point de vue thérapeutique. Mais tout d'abord, en se plaçant à ce dernier point de vue, les deux hypothèses sont-elles incompatibles ? Devons-nous, suivant que nous adopterons l'une ou l'autre, modifier radicalement le sens des conseils à donner au diabétique ? Il nous a semblé que la divergence accusée par la précédente explication ne comportait pas une conséquence aussi extrême ; que s'il y a lieu d'en tenir compte pour le choix de certains préceptes à intervenir, il est en revanche un terrain commun sur lequel l'entente est facile, pour ainsi dire conclue d'avance. Il s'agit du régime alimentaire applicable au diabète.

Ce régime institué chez nous par le regretté Bouchardat et devenu classique, nous paraît devoir être maintenu dans toute sa rigueur. En ce qui le concerne, pas de contestation possible. Partisans de la nutrition retardante et du défaut de combustion du sucre dans l'organisme on partisans de la théorie qui admet l'excès de production par suractivité hépatique, les uns et les autres doivent reconnaître, comme une vérité qui prime tout, la nécessité de supprimer on tout au moins de diminuer les apports de sucre et de matière glycogène chez le diabétique. Par conséquent, suppression absolue de l'usage du sucre alimentaire ou des substances susceptibles de se transformer en sucre (lait, féculents, matières amylacées, etc.). Voilà un premier précepte formel, auquel nul ne peut se soustraire. En d'autres termes, c'est l'obligation du régime carné qui subsiste dans toute sa rigueur. Ce régime est consacré par l'expérience, il a fait ses preuves surabondamment. Dans notre art, il représente une des rares conquêtes qui puissent être considérées comme définitives. Le seul fait de la constatation répétée du sucre dans l'urine en impose l'application immédiate et exclusive. S'agit-il de lui apporter des adoucissements réclamés souvent par le dégoût où par l'impatience du malade, les variations de la glycosurie sont alors le seul moyen d'en apprécier l'opportunité ? Et encore faut-il en pareil cas avoir sans cesse présente à l'esprit cette notion bien mise en lumière au cours de la dernière discussion, à savoir que la gravité du diabète est loin d'être proportionnée au degré de la déperdition sucrée. Celle-ci peut être médiocre ou faible et coïncider pourtant avec des accidents graves. La proposition inverse est également vraie.

Après l'obligation du régime azoté et l'exclusion des féculents, se pose la question de l'utilité des médicaments. On peut remarquer, à ce sujet, que la thérapeutique pharmaceutique du diabète a peu varié, qu'elle est restée pour une certaine part indépendante des fluctuations des doctrines médicales : la vogue de certains médicaments a persisté, en dépit des divergences des médecins concernant la nature du diabète et malgré les acquisitions nouvelles qui ont parfois remis en question nos connaissances à cet égard. Ici comme ailleurs, l'empirisme a devancé plus d'une fois les progrès de la science. L'usage de l'arsenic, des alcalins, que l'on prescrit depuis longtemps aux diabétiques n'a guère d'autre origine. Mais, en pareille matière l'empirisme ne saurait plus nous suffire, et ce serait faire de l'empirisme que de s'en tenir exclusivement, comme le veut M. Worms, aux seules données de l'expérience. Pour juger de l'opportunité de telle ou telle médication, il faut un point de départ préalable, une idée directrice qui nous permette de concevoir et de définir par avance le rôle qu'elle est appelée à jouer vis-à-vis de la maladie.

Ainsi, parmi les médicaments qui ont fait leurs preuves, il en est comme les alcalins, l'arsenic dont le mode d'action nous apparaît aujourd'hui plus clairement qu'autrefois. En ce qui concerne les alcalins, par exemple, leur rôle, d'après les expériences très précises de M. A. Robin, ne s'exerce pas dans le sens d'accélération des oxydations et des combustions interstitielles, ainsi qu'on l'a cru si longtemps. Ils exercent bien plutôt une action restrictive sur les oxydations, opinion conforme à celle de Rabuteau qui a vu, dans ses expériences, l'action retardante sur la nutrition s'accentuer encore après la

cessation de la médication alcaline. De même pour l'arsenic, ce poison stéatogène qui se range de lui-même parmi les médicaments d'épargne. Nous pourrions citer encore d'autres exemples : ceux-là suffiront pour montrer ce qu'il faut penser de l'ancienne théorie qui attribuait à des médicaments usuels la propriété d'accélérer et d'activer le mouvement nutritif.

Nous avons fait ressortir plus haut le rôle prédominant qu'il convient d'attribuer au système nerveux dans la guérison du diabète, l'influence qu'il exerce sur la fonction hépatique. Ces notions bien établies placent donc au premier plan l'emploi des médicaments nervins ; bromure de potassium, opium et belladone, antipyrine, etc. qui par leur action sédative sur la moelle contribuent à modérer la suractivité hépatique et partant à restreindre la production exagérée du sucre liée elle-même à l'excès de fonctionnement de la glande. Mais la plupart de ces substances exercent en même temps une action de ralentissement vis-à-vis des mutations nutritives : tels l'arsenic, l'opium, le sulfate de quinine empiriquement recommandé par M. Worms, et surtout l'antipyrine.

M. A. Robin a étudié avec beaucoup de soin l'action de ce dernier médicament sur la nutrition générale. Examinant successivement ses effets sur la désassimilation, sur les oxydations azotées et phosphorées et sur la glycosurie, ce consciencieux observateur est arrivé à dégager un certain nombre de données précises, appuyées par des analyses conduites avec toute la rigueur désirable. On peut les résumer ainsi : constante diminution du coefficient d'oxydation : diminution des oxydations des matières sulfureuses et phosphorées : diminution du sucre parallèle à celle des oxydations. Comme conclusion générale, action restrictive de l'antipyrine sur la plupart des mutations qui constituent l'ensemble des phénomènes dits nutritifs.

Voilà donc un médicament dont la théorie justifie l'emploi. Or la pratique a prononcé dans le même sens : témoins les faits cités par M. G. Sée, dans lesquels l'antipyrine administrée seule, à titre d'essai, a provoqué une diminution rapide et considérable dans la proportion du sucre urinaire. Chez les individus ainsi traités, l'observance rigoureuse du régime azoté antérieurement prescrit, n'avait pu amener un résultat aussi marqué, loin de là. De pareils faits, et on pourrait en citer bien d'autres, ont presque la valeur d'une démonstration expérimentale.

Devons-nous donc généraliser la théorie de l'origine nerveuse, en faire la loi unique de la pathogénie du diabète? Une affirmation aussi absolue n'est pas encore autorisée, dans l'état actuel de la science, elle dépasserait les limites de certitude que les travaux récents comportent. Malgré la rigueur apparente de ces travaux, il est certain que l'intervention du système nerveux, si visible dans certains cas, est loin d'être aussi appréciable dans d'autres.

Si on peut la considérer comme à peu près constante dans le diabète des sujets jeunes, des enfants, des adolescents, des adultes, son rôle paraît moins évident lorsqu'il s'agit du diabète des individus âgés. Or on sait combien le diabète est fréquent après cinquante ans : il se révèle souvent à ce moment de l'existence, c'est-à-dire au moment où l'activité des phénomènes nutritifs se ralentit et où l'organisme entre dans cette phase de regression et de déchéance qui devra s'accentuer jusqu'au terme, c'est-à-dire jusqu'à la mort. A côté de celui-là, on peut ranger le diabète des obèses, des sédentaires, des goutteux, attendu que chez ces différentes catégories d'individus, l'activité nutritive semble également diminuée, si l'on en juge par l'accumulation dans leurs tissus de matériaux incomplètement brûlés, produits d'une oxydation incomplète (graisse, acide urique, cholestérine, etc. Or il est difficile d'admettre que la même théorie soit applicable dans tous ces cas et partant la même règle thérapeutique. Chez ces derniers il paraîtra naturellement indiqué de chercher à produire une augmentation des oxydations, une accélération des combustions interstitielles nécessaires au maintien de l'équilibre entre la recette et la dépense. Nous n'insisterons pas sur l'étude des moyens propres à engendrer ce résultat (travail musculaire, vie active, inhalations d'oxygène, etc. etc) M. Bouchard les a exposés longuement et magistralement dans son beau livre qui peut être considéré comme la consécration officielle de la doctrine de la nutrition retardante, et nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur. Il nous suffit d'avoir marqué les différences qui séparent les deux catégories de diabétiques. Elles sont assez tranchées pour autoriser vis à vis de l'une d'elles le maintien des errements thérapeutiques consacrés par le temps et l'expérience, sinon justifiés par la théorie.

Nous avons négligé à dessein, dans cette revue critique, de parler des complications du diabète et de leur traitement : c'est que l'étude de ces complications, qui forme cependant un chapitre fort important de l'histoire du diabète, n'entre pas directement dans notre sujet limité volontairement à l'examen des hypothèses pathogéniques; leur interprétation n'a point à souffrir du choix de telle ou telle théorie, car on doit les considérer simplement comme des accidents liés à la présence du sucre dans les tissus. L'origine et le mode de formation de ce sucre n'importe guère ici : il suffit de se rappeler que sa présence en excès doit être considérée comme la véritable cause de cet état particulier de dystrophie qui rend l'organisme du diabétique essentiellement vulnérable.

Cherchant à résumer ce qui précède, nous le ferons dans les propositions suivantes : 1° Le rôle du système nerveux dans la pathogénie du diabète n'a pas été envisagé ici avec l'importance qui lui revient. 2° Chez un grand nombre de glycosuriques, cette intervention du système nerveux est primitive, prépondérante, agissant à la manière d'une influence excitatrice et stimulante sur la fonction glycogénique du foie pour amener une véritable hypersécrétion de sucre par l'intermédiaire de cet organe. 3° Il paraît démontré que la plupart des médicaments reconnus efficaces pour diminuer la glycosurie n'agissent que par un effet de ralentissement et de modération sur cette influence des centres nerveux. Cette proposition, la plus neuve et la plus hardie de nos conclusions, qui paraît entièrement applicable aux médicaments dits nervins (antipyrine, opium etc.) et elle autorise dès à présent à dire que, dans les cas incriminés, loin de chercher à accélérer les mutations nutritives, la thérapeutique doit s'efforcer au contraire de les modérer et de les restreindre. 4° Il y a lieu jusqu'à nouvel ordre de maintenir, pour une certaine catégorie de diabétiques, l'ancienne théorie de la nutrition retardante. Provisoirement on peut continuer à appliquer à ceux-là les anciens préceptes dont le but est d'empêcher la formation du sucre par une combustion plus active des matériaux qui en forment les éléments. 5° Et quelle que soit la théorie que l'on adopte, la nécessité du régime azoté, c'est-à-dire du régime qui supprime les apports de matières propres à fournir du sucre, continue à s'imposer comme par le passé.

P. Muselier.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE.

I. — SUR L'HYDRACÉTINE, par le Dr GUTTMANN. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 20, p. 437.

II. — SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HYDRACÉTINE, DANS LES CAS DE PSORIASIS, par le Dr J. ŒSTREICHER. *Ibidem*, 1889, n° 28, p. 639.

Le nom d'hydracétine a été donné en Allemagne à une combinaison chimique qui, d'après les lois de la nomenclature courante, doit porter pour dénomination scientifique celle d'*acétylphénilhydracine*. Cette même substance a été expérimentée en Angleterre sous le nom de *pyrodine*, par Dreschfeld, qui lui a reconnu des propriétés antipyrétiques très prononcées, à la dose de 1/2 à 1 gramme. Toutefois Dreschfeld a reconnu depuis lors, que sa pyrodine n'était pas un produit bien défini, mais un mélange de substances diverses parmi lesquelles l'acéthylphénylhydracine figuré comme unique principe actif.

M. P. Guttmann a expérimenté l'acétylphénylhydracine pure, dont la formule est : $C^6H^5AzH.Az$ (CH^3CO). Cette hydracétine (marque Riedel) se présente sous l'aspect d'une poudre blanche cristalline, inodore et presque insipide. Elle est peu soluble dans l'eau (environ dans la proportion de 1 pour 50), mais elle se dissout facilement dans l'alcool.

Des expériences faites sur des animaux ont fait constater que l'hydracétine est douée d'une très grande toxicité. Un demi-gramme de cette substance, en suspension dans 25 cc. d'eau, introduit dans l'estomac d'un lapin, tue l'animal en très peu de temps. A l'autopsie des animaux empoisonnés par l'hydracétine, les organes internes présentent une coloration d'un rouge brun foncé, tirant sur le vert. La coloration du sang est également modifiée; les globules rouges sont désorganisés.

Les expériences que M. Guttmann a faites sur des malades ont mis en évidence l'action antipyrétique de l'hydracétine, action qui se manifestait déjà à la suite de l'administration interne d'une dose de 10 à 15 centigrammes de cette substance. Ces expériences cliniques ont porté sur 8 cas de fièvre typhoïde, 3 cas de phtisie pulmonaire, 2 cas de pneumonie, 2 cas de scarlatine, 1 cas d'érysipèle, 1 cas de tuberculose miliaire aiguë, 1 cas de septicémie. Les doses d'hydracétine administrées à un malade dans le courant d'une journée ont varié de 5 à 20 centigrammes; exceptionnellement elles on t été élevées à 30 cent. Dans la plupart des cas, la dose quotidienne a été de 15 centigr. répartis entre deux ou trois prises espacées à des intervalles d'une heure. Presque toujours l'administration du médicament était suspendue de deux jours l'un, afin qu'on pût juger, en bonne connaissance de cause, l'influence exercée par la médication sur la température des malades. Voici en substance, les résultats annoncés par M. Guttmann.

Une demi-heure environ après l'ingestion d'une dose de 10 centigr. d'hydracétine, la température interne du malade commençait à baisser. Cet abaissement de température se poursuivait pendant deux, au plus trois heures, et se chiffrait par 1 1/2 à 2°, quelquefois même 3°. Puis la température interne s'élevait de nouveau et mettait environ 3 ou 4, quelquefois 5 heures à remonter à son niveau primitif. Même résultat lorsque, au lieu d'une dose massive de 15 centigrammes, on administrait 3 prises de 5 centigrammes chacune à des intervalles d'une heure. Toujours la défervescence s'accompagnait d'une abondante diaphorèse, d'un ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires, du moins dans les cas où ces derniers n'avaient subi une accélération que sous l'influence de la fièvre. Le relèvement de la température s'effectuait d'une façon progressive, et, par suite, ne s'accompagnait pas de frissons.

Quant au reste, ainsi qu'il était à prévoir, l'hydracétine abaisse la température chez les fiévreux, sans influencer en rien la marche de la maladie fébrile.

Dans huit cas de rhumatisme articulaire aigu, l'hydracétine, administrée à la dose de 10, 20 et 30 centigrammes, n'a pas seulement agi comme antipyrétique, mais aussi comme analgésique; les douleurs articulaires ont été atténuées, en même temps que le jeu des jointures malades devenait plus facile. L'action analgésique d'une même dose d'hydracétine persistait pendant quelques heures seulement.

M. Guttmann a encore administré l'hydracétine dans deux cas de sciatique; dans l'un des deux, le début des douleurs remontait à cinq jours à peine. Déjà une heure après administration d'une première dose de 5 centigrammes d'hydracétine, le malade accusait du soulagement. Six heures plus tard on fit prendre au malade une seconde dose de même valeur que la première. Au bont d'une heure, il ne souffrait plus. Cet état d'euphorie persista pendant quatre heures. Chez le second malade, un phtisique, l'administration de l'hydracétine à la dose de 10 centigrammes produisit des effets palliatifs semblables.

M. Guttmann suppose que les effets physiologiques et thérapeutiques de l'hydracétine sont en rapport avec une action réductrice, qui se manifeste *in vitro* dans les circonstances suivantes :

Additionné à une solution cuprique alcaline, l'hydracétine donne lieu à un précipité rouge d'oxyde de cuivre.

Mise en suspension dans une solution alcaline d'un sel d'argent, l'hydracétine provoque la formation d'un précipité d'argent métallique.

Les sels mercuriques sont transformés en sels mercureux au contact de l'hydracétine, principalement quand la réaction se passe à chaud ou dans un milieu alcalin.

De même, les sels ferriques sont transformés en sels ferreux. Le permanganate de potasse est décoloré au contact de l'hydracétine. Enfin cette substance ajoutée à une solution de chlorure de platine détermine un précipité de platine métallique.

Une réaction intéressante se manifeste quand on dissout des cristaux d'hydracétine dans un mélange d'acide sulfurique concentré et d'acide azotique (98 + 2); le liquide prend une teinte d'un carmin foncé.

M. Guttmann ajoute que les urines d'un certain nombre de malades traités par l'hydracétine ont été examinées au point de vue d'une augmentation éventuelle de leur richesse en substances réductrices; ces recherches n'ont donné que des résultats négatifs. Dans trois cas de rhumatisme aigu, où l'hydracétine a été administrée pendant sept jours consécutifs à la dose quotidienne de deux fois 10 centigrames, les malades présentaient une pâleur bien manifeste de la face, qui s'est dissipée ensuite. Les urines ne renfermaient ni hémoglobine, ni albumine.

II. — M. Guttmann en se fondant sur la puissante action réductrice de l hydracétine, avait eu l'idée de faire servir cette substance au traitement des psoriasis. Chez un premier malade, affecté d'un psoriasis à la région dorsale, la dermatose a guéri après 7 frictions (une par jour) d'une pommade contenant 10 0/0 d'hydracétine. Un résultat tout aussi satisfaisant a été

obtenu chez un second malade affecté d'un psoriasis de l'œil droit.

Ces essais ont été continués à la Clinique du professeur Lassar, de Berlin. M. Oestreicher a rendu compte des résultats obtenus chez une première série de 6 malades, affectés de psoriasis, et qui ont été traités exclusivement par des applications d'hydracétine. Le médicament était employé sous forme d'une pommade préparée avec de la lanoline et contenant 10 ou 20 0/0 d'hydracétine. Déjà au bout de 2 ou 3 applications de cette pommade, les squames de psoriasis cessaient de se reproduire, la rougeur avait disparu au siège de la dermatose, les efflorescences s'applatissaient de plus en plus, et au bout de quinze jours de traitement, l'évolution de la maladie de peau était achevée.

Ce résultat était obtenu sans que, au lieu d'application du topique, il se produisît ni rougeur, ni inflammation locale. A la face, entre autres, il ne subsistait aucune trace visible de l'éruption, notamment pas de coloration anormale de la peau. Enfin ces applications topiques n'entraînaient aucune détérioration du linge et des vêtements des malades. Il semblait donc que ce nouveau traitement du psoriasis ne laissât rien à désirer.

Or, chez les six malades qui ont fait l'objet de cette expérience, on a noté des troubles qui étaient en rapport évident avec une intoxication générale. Au bout de 7 à 10 applications quotidiennes de la pommade, le sujet se plaignait d'une grande prostration, d'une faiblesse dans tous les membres. Son facies éveillait le soupçon de quelque maladie grave. La figure était d'une pâleur cireuse, bouffie par endroits. Les muqueuses accessibles à la vue présentaient également une teinte pâle tirant sur le jaune. Voire que chez un malade, homme robuste âgé d'une trentaine d'années, une teinte ictérique bien franche envahit la peau et les muqueuses; le malade était venu en proie à une faiblesse telle qu'il fallut suspendre le traitement.

Avec cela il n'y avait point de fièvre, point de modifications du pouls, pas de troubles de la circulation et des fonctions digestives. A l'examen microscopique du sang on ne découvrait aucune anomalie susceptible de rendre compte des phénomènes d'intoxication qui viennent d'être mentionnés. Cependant les urines rendues par les malades, pendant cette phase d'intoxication, étaient d'un brun acajou tirant sur le vert. On pouvait croire, à première vue, à la présence de matières colorantes biliaires. L'emploi du réactif de Gmelin a donné constamment des résultats négatifs. On ne trouva pas non plus, dans ces urines, de la matière colorante du sang. La recherche des dérivés de l'hydracétine n'a pas abouti davantage. Bref, l'analyse chimique de ces urines a donné comme unique résultat positif la constatation de la présence de l'indican en proportions exagérées.

En résumé, M. Œstreicher conclut que lors du passage de l'hydracétine à travers l'organisme humain, il y a mise en liberté d'un principe toxique qui exerce une influence salutaire sur l'évolution du psoriasis, chez les sujets affectés de cette dermatose, mais dont la toxicité peut faire courir de réels dangers à ceux qui sont soumis à ce traitement. Avant donc que de vulgariser celui-ci, il est indispensable de fixer les doses auxquelles l'hydracétine peut être employée efficacement contre le psoriasis, sans faire courir au malade les dangers d'une intoxication grave.

(A suivre.) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine, par L. Testut, Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon. (chez O. Doin, éditeur.)

Les hommes qui consacrent toute leur activité scientifique à l'anatomie descriptive sont rares en France. L'anatomie cultivée avec tant d'ardeur dans les siècles derniers, a été un peu délaissée depuis que l'histologie est venue prendre place à côté d'elle.

On a pensé que la voie immense ouverte par l'analyse microscopique des tissus et des organes, était plus féconde en découvertes; tandis que l'investigation avec le scalpel n'était le plus souvent qu'une étude de contrôle des faits déjà connus.

Certes l'anatomie descriptive de l'homme est une science qui a été poussée à un haut degré de perfection par les efforts accumulés de bien des générations; les méthodes de description qui y sont usitées, sont d'une précision presque mathématique.

Les représentations iconographiques sont souvent admirables. Mais cette perfection même, comme le dit M. le professeur Testut, doit faire aimer cette science. N'oublions pas que des esprits aussi vastes que ceux de Bichat et de Cruveilhier se sont attachés avec prédilection à l'anatomie descriptive qui leur doit d'impérissables monuments.

Pour toutes ces raisons, nous devons savoir beaucoup de gré à M. le professeur Testut (de Lyon) d'avoir entrepris le beau travail dont il nous donne aujourd'hui les prémices.

Sans négliger la rigoureuse précision de ses devanciers, M. Testut s'est appliqué dans son nouveau traité à vulgariser les découvertes les plus récentes publiées dans les recueils spéciaux.

Pour établir la signification morphologique des organes, aussi bien rudimentaires que complètement développés, l'auteur s'appuie sur les doctrines nouvelles de Darwin et de Hœckel.

L'embryologie et l'anatomie comparée donnent la clef de faits jusque-là bien obscurs.

M. Testut a adopté dans l'impression deux ordres de caractères. Les parties imprimées en gros texte, prises à part, forment un tout complet. L'élève qui débute pourra s'en contenter. Le petit texte est réservé pour les développements complémentaires se rapportant à l'anatomie comparée, à l'anatomie normale, à l'anthropologie et aux indications bibliographiques les plus récentes.

Le présent traité comprendra dix livres répartis en trois volumes. Toutes les parties de l'anatomie, y compris l'embryologie seront étudiées en détail. Le tome I actuellement publié est consacré à l'appareil de la locomotion. Il comprend l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

Dans ce vaste ouvrage les parties relatives à l'histologie et à l'embryologie sont traitées avec une pleine compétence par MM. Ferré et Vialleton, agrégés des Facultés de médecine de Bordeaux et de Lyon.

L'exécution matérielle de ce nouveau traité d'anatomie ne laisse rien à désirer.

Des planches originales très nombreuses facilitent beaucoup la compréhension du texte. Nous sommes persuadé que ce nouveau traité d'anatomie descriptive sera accueilli avec toute la faveur qu'il mérite.

G. Variot.

REVUE DES THÈSES.

De l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides, par le Dr F. Furet. (Thèse de Paris).

Il n'existe pas d'hystérie symptomatique. De même que la toxicité et le traumatisme sont impuissants à produire des accidents hystériques, rien que par eux-mêmes, de même les états morbides les plus divers, rhumatisme, fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis, etc. ne font que réveiller l'hystérie à l'état latent et ne la créent pas. Ces maladies se distinguent, dans cette circonstance, des intoxications purement chimiques (saturnisme, mercurialisme, etc.) par ce fait qu'elles ne déterminent jamais ou presque jamais d'apoplexie. Elles ont une grande influence sur la forme des accidents hystériques qu'elles développent. Le diagnostic est difficile : ainsi on trouve dans le cours du rhumatisme articulaire et dans ses suites, des paralysies sensitivo-motrices, avec ou sans contractures, ayant l'air de procéder du rhumatisme lui-même. On le fera en examinant avec soin l'état de la sensibilité et le champ visuel, et en remarquant, qu'au cours des symptômes en apparence les plus graves, les fonctions nutritives sont à peine troublées, même quand l'alimentation se fait mal.

Contribution a l'étude de l'hystérie traumatique, par le Dr Thyssen. (Thèse de Paris).

L'hystérie est une maladie distincte dont on peut faire le diagnostic à la seule constatation de ses symptômes propres ou stigmates, et il est donc indispensable, pour porter le diagnostic hystérie, d'éliminer *a priori* tout ce qui appartient à une maladie autre que l'hystérie. La fixité des symptômes propres de l'hystérie devient tous les jours plus manifeste.

Au point de vue moteur, sensitif et trophique, l'hystéro-traumatisme se présente comme une des manifestations les plus fixes et les plus durables de la névrose.

Comme l'hystérie et l'hystéro-traumatisme peuvent se compliquer d'autres maladies, il est toujours possible d'isoler leur part complètement, grâce à la fixité et à la constance de leurs symptômes primordiaux.

Contribution a l'étude de l'hystérie pulmonaire, par le Dr Tostivint. (Thèse de Paris).

L'hystérie peut parfois revêtir l'apparence de la phtisie et produire une série d'accidents généraux et locaux qui sont mis sur le compte de la tuberculose jusqu'au jour où une crise d'hystérie apparaît et permet de faire le diagnostic. Il se produit généralement des hémoptysies abondantes suivies d'une toux quinteuse, qui marquent le début de la maladie. Elles s'accompagnent de perte des forces, de poussées fébriles, de toux et de sueurs, et l'examen du poumon permet de constater les signes d'une congestion pulmonaire étendue. Parfois on observe de la submatité à la percussion qui présente ceci de particulier qu'elle se déplace d'un côté à l'autre sans correspondre à une lésion pulmonaire. Tous ces signes sont mobiles dans leur siège, irréguliers dans leur production et leur disparition. On ne trouve dans les crachats ni bacilles ni fibres élastiques. Le diagnostic ne peut se faire que par la constatation de stigmates hystériques et mieux de crises complètes. L'hystérie pulmonaire survient souvent à l'occasion de troubles menstruels et les hémoptysies paraissent alors le résultat d'une sorte de suppléance.

Etude sur la narcolepsie, par M. Dufossé. (Thèse de Paris).

La narcolepsie est caractérisée par une exagération pathologique du besoin de dormir, une invincible tendance au sommeil se reproduisant à tout propos, surtout après les repas. Ce n'est pas une névrose, ainsi qu'on l'avait avancé, mais seulement un symptôme survenant dans le cours d'une maladie bien définie, soit une affection cardiaque, soit un trouble des organes de la digestion, soit un ralentissement du mouvement nutritif, soit encore dans la chorée ou l'hystérie.

La tendance au sommeil survient brusquement par accès parfois très rapprochés, jusqu'à 200 par jour, malgré le sommeil de la nuit. Elle est assez impérieuse d'ordinaire pour que le malade succombe au sommeil presque fatalement dès que ce besoin se fait sentir. Ce symptôme n'est pas par lui-même une cause de danger pour le malade mais il doit attirer l'attention sur la maladie dont il est la conséquence.

De la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par le Dr Lyonnel-Meloir. (Thèse de Paris).

La méningite tuberculeuse de l'adulte est souvent à proprement parler, plutôt une tuberculose méningée qu'une méningite vraie. Il existe une forme épileptique de la méningite tuberculeuse, tantôt les malades deviennent épileptiques après avoir présenté auparavant d'autres phénomènes méningitiques, tantôt ils le sont d'emblée.

Les tuberculeux qui présentent des lésions de tuberculose méningée meurent moins de leur méningite que d'une infiltration bacillaire des centres nerveux profonds.

La forme épileptique de la méningite tuberculeuse pourra se diagnostiquer et entraîner des conséquences ultérieures dans le traitement de l'affection.

Des troubles médullaires chez les athéromateux, par le Dr Copin. (Thèse de Paris).

L'expression de moelle sénile sert à désigner des états anatomiques disparates. Ainsi il y a lieu de distinguer une régression simple des tubes médullaires s'accompagnant d'un léger degré de sclérose secondaire, et, une autre altération bien différente qui consiste en une sclérose diffuse liée à la localisation spinale de l'artério-sclérose généralisée.

La première de ces lésions est de l'ordre des hypoplasies, à elle seule convient le nom de moelle sénile. On ne peut la rapprocher que d'une seule autre altération médullaire, à savoir la dégénérescence descendante faisceaux blancs.

La myélite scléreuse d'origine artérielle au contraire est une lésion d'ordre irritatif, une véritable phlegmasie chronique, une myélite au sens vrai du mot. Elle se rapproche au point de vue de la nature du processus histologique de la sclérose tabétique et de la sclérose en plaques.

Les principales formes cliniques qui expriment cette altération de la moelle sont : l'affaiblissement progressif des vieillards, la contracture progressive et les complexus symptomatiques simulant les scléroses systématisées ou la sclérose en plaques.

G. Lemoine.

De la phlébite aigue des sinus de la dure-mère, par J. Fauvel. (Thèse de Paris).

C'est avec six observations dont la dernière en date appartient à M. Th. Anger que l'auteur entreprend de faire l histoire pathologique de la phlébite aigue des sinus de la dure-mère. Tout en limitant son sujet à l'altération des sinus qui peut venir compliquer les affections inflammatoires du crâne, de la face et du cou il ne se dissimule pas que le diagnostic est d'une extrême difficulté : on relève tout au plus d'une part une constance relative à la céphalalgie, du délire, du coma; de l'autre

l'absence ou la rareté des phénomèmes nerveux ordinaires de la méningite. L'étiologie du mal est en retour suffisamment connue (traumatismes, anthrax, furoncles, otite interne) pour que le traitement puisse être efficacement préventif.

— Contribution a l'étude de la tuberculose des os de la voute du crane, par J. Da Costa Leile. (Thèse de Paris).

Les os de la voûte du crâne peuvent comme tous les autres tissus être atteints par la tuberculose. Cette affirmation est indéniable depuis que le microscope permet de déceler le bacille, corps du délit. Il ne faudrait pas cependant croire que le diagnostic de l'affection soit toujours aisé. La carie, la nécrose et l'inflammation simple continuent à jouer un rôle mal défini qui rend difficile le classement des diverses ostéopériostites craniennes. L'hésitation s'accentue surtout quand il faut faire la part de ce qui revient à la syphilis ou à la tuberculose. Dans ces derniers cas la lésion consiste en une infiltration, plus ou moins limitée, de granulations confluentes. Au point de vue clinique, l'évolution est celle de la carie avec production et élimination de séquestres. Les cavernes qui en résultent peuvent déterminer une perforation. Sans négliger le traitement général, le grattage et la trépanation répondent aux principales indications.

Ch. Amat.

BULLETIN

Prophylaxie de la tuberculose. — Syphilis vaccinale. — Action du sol sur les germes pathogènes.

La question de la prophylaxie de la tuberculose est toujours une question à l'ordre du jour. On se souvient que l'au dernier le Congrès de la tuberculose avait émis un certain nombre de vœux parmi lesquels était contenue la prohibition de la viande crue et du lait non bouilli, comme pouvant être des agents de contamination. M. Dujardin-Beaumetz trouve ces conclusions un peu absolues. Emanant d'un homme occupant la situation de M. Dujardin-Beaumetz, cette proposition pourrait ébranler la conviction déjà bien établie à ce sujet de nombreux médecins. Mais la question est-elle absolument vidée? La doctrine de la contagion par le lait a déjà des preuves de par elle; quant à la question de savoir si la tuberculisation du pis de la vache est nécessaire pour que le lait renferme des germes, il semblerait probable que cette condition n'est pas toujours absolue. D'ailleurs, puisqu'il s'agit ici d'hygiène, qui établira le certificat d'origine du lait vendu en particulier sur une place comme Paris? Il semble donc plus prudent jusqu'à preuve absolue du contraire, de faire bouillir le lait qui sert d'aliment en particulier aux jeunes enfants chez qui, par une coïncidence singulière, la tuberculose intestinale est si fréquente.

Quant à la viande, la question est beaucoup plus obscure et M. Nocard fut, au dernier Congrès de la tuberculose, un des rares votants sinon le seul contre les vœux du Congrès à ce sujet.

— L'Académie de médecine, par la bouche de M. Hervieux, a été saisie de l'histoire d'un déplorable accident dû à un vaccin impur. Cinq enfants vaccinés avec le vaccin jennérien ont eu la syphilis. L'inoculation de cette maladie est certes un des dangers les plus redoutables de l'emploi du vaccin humain. Je ne parle pas seulement de la maladie en elle-même, mais du discrédit dans lequel le retour de semblables accidents pourrait jeter le principe même de la vaccination. Il y a là évidemment une question à trancher.

Les sujets qui fournissent le vaccin humain au service de la vaccination officielle sont évidemment examinés avec tout le soin désirable, mais malheureusement, et c'est ce qui est arrivé dans la circonstance actuelle, on a quelquefois affaire à des enfants en état de *syphilis latente*, comme l'a fait remarquer M. Fournier; or il est arrivé qu'un individu en état de syphilis latente peut, lorsque cet individu est pris comme vaccinifère, transmettre la syphilis.

De pareils accidents, qui sont peut-être plus fréquents qu'on ne suppose, exigent non seulement une enquête minutieuse sur le sujet vaccinifère et sur ses antécédents personnels ou héréditaires, lorsqu'on se propose d'employer la vaccination de bras à bras, mais ils prouvent aussi que dans certains cas cette enquête ne saurait donner la somme de certitude nécessaire.

Ces faits sont à retenir, surtout dans la pratique militaire où l'on vaccine en grand les recrues qui arrivent au corps et l'on ne peut que souscrire à la proposition M. Fournier, qui demande formellement la substitution du vaccin de génisse au vaccin humain. En surveillant de près l'état des animaux et celui du vaccin fourni par les Instituts vaccinifères, on évitera les chances de septicémie qui proviennent du vaccin altéré. D'ailleurs, au point de vue pratique, les familles pardonneront plutôt un accident de ce genre que l'introduction parmi leurs enfants, d'une maladie qui ne jouit pas à juste titre d'une excellente réputation.

Les propositions de M. Fournier ont d'ailleurs été prises en considération par l'Académie, et il est à désirer qu'une solution intervienne; car il serait à craindre que la connaissance dans le public extramédical, de pareils accidents, ne fit le vide dans les salles de vaccination, et que la méthode en supportât un peu de discrédit et d'abandon.

— On savait que certaines maladies infectieuses, fièvre typhoïde, fièvre jaune, dysenterie, etc., se réveillaient pour ainsi dire partout où l'on faisait des bouleversements de terrain; la question vient de s'éclairer par une communication de MM. Grancher et Richard au Congrès d'hygiène. Nous ne pouvons analyser ici ce travail remarquable à plus d'un titre. Mais ce qu'il est bon d'en retenir, c'est que certaines espèces pathogènes peuvent vivre et sans grand frais de milieux nutritifs jusqu'à une certaine distance au dessous du sol; cette profondeur d'ailleurs n'est jamais bien grande, la couche bactérifère variant selon les terrains entre 75 centim., 1m,50 et 2m,25. Ce qu'il importe surtout de remarquer c'est que les espèces pathogènes ne se rencontrent pas dans les couches profondes de cette zone mais restent en surface, d'où ils peuvent se diffuser soit par l'intermédiaire des agents atmosphériques, soit par la main de l'homme à la suite de travaux de terrassement. De plus, s'ils vivent aussi spontanément, ils ont à lutter contre des ennemis naturels parmi lesquels se trouvent les espèces saprophylis, l'action de la lumière et la composition gazeuse des différentes couches de terrain.

Ces données récentes et expérimentales permettent des applications à l'épandage des eaux d'égout. On peut en effet concevoir qu'une couche suffisamment épaisse et dense de terrain convenablement choisi puisse rendre à la circulation à la place des eaux souillées, des eaux absolument pures. Mais ces conditions sont capitales, les fissures de terrain, la porosité trop grande du sol réalisent au contraire celles qui permettent le passage en nature des eaux souillées.

H. Barbier.

NOTES ET INFORMATIONS

CONCOURS POUR LES EMPLOIS DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Le ministre de l'intérieur vient de prendre l'arrêté ci-dessous :

Article premier. — Le concours pour les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance est réglé comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité commune à tous les candidats :

2° Une épreuve définitive spéciale pour chacun des arrondissements.

Art. 2. — L'épreuve d'admissibilité commune à tous les candidats comprend :

a) Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (15 points).

Une demi-heure est accordée aux candidats pour la rédaction de cette consultation.

b) Une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale (20 points).

Une heure est accordée aux candidats pour cette composition.

c) Appréciation des services médicaux publics (10 points), dont 4 seront acquis aux anciens internes des hôpitaux ; 2 aux anciens internes provisoires ; 1 aux anciens externes ; 1 à 3 suivant la nature et la durée des services aux médecins ayant fait des suppléances dans les bureaux de bienfaisance.

Lecture de la consultation et de la composition sera faite en public par les candidats.

A la suite de l'épreuve d'admissibilité, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués à chacun d'eux et déterminera le nombre de points au-dessus duquel les candidats seront admis à subir l'épreuve définitive spéciale à chacun des arrondissements.

Art. 3. — Le jury fixe le jour de l'épreuve définitive, spéciale à l'arrondissement.

Les candidats reconnus admissibles à la suite de l'épreuve précédente, commune à tous les candidats, sont seuls admis à subir l'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement.

Les candidats doivent se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique (service des Secours) et justifier qu'ils résident dans l'arrondissement pour lequel ils concourent ou dans un quartier limitrophe. Cette obligation peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution.

Le registre des inscriptions est clos à 4 heures, deux jours avant la date de l'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement.

Art. 4. — L'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement consiste en une épreuve de diagnostic, suivie d'une ordonnance avec formule.

Cette épreuve est publique.

Les malades seront choisis dans un hôpital et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés par voie de tirage au sort.

Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen du malade, quinze minutes pour réflexion et rédaction de l'ordonnance avec formule, dix minutes pour l'exposition orale du diagnostic.

Puis le candidat lira sa rédaction. 25 points seront donnés pour cette épreuve, soit 15 points pour le diagnostic et 10 points pour l'ordonnance.

Lorsque la liste des candidats aura été épuisée, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués, augmenté des points acquis à la suite de l'épreuve d'admissibilité, et déclarera définitivement admissibles, en suivant l'ordre de classement, des candidats en nombre égal aux vacances à remplir.

Art. 5. — Les candidats non pourvus pourront se présenter successivement à l'épreuve définitive du concours pour chacun des arrondissements, en se conformant aux prescriptions de l'article 3.

Art. 6. — Le jury sera composé de 4 médecins des bureaux de bienfaisance, ayant au moins 6 ans de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'administration de l'Assistance publique.

Art. 7. — Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

— La Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la seconde caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois d'août dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales et les stations sanitaires de la Suisse et des Vosges.

Comme le précédent, l'ouvrage se divise en trois chapitres. Le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie ; le second contient le récit de l'excursion ; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins, et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

L'organisation de ces caravanes constitue la création de véritables cours d'hydrologie sur place, qui font encore défaut dans nos Facultés de médecine.

L'accueil empressé que le public médical a fait au premier volume déjà épuisé, est un fort bon augure pour le succès du volume actuel (1).

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 18 juillet, M. de Cotte (Pierre-Marie-Augustin-Appolonie), docteur en médecine, médecin auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 2e classe.

— Par décret en date du 27 juillet, M. Corolleux (Lucien-Michel-Honore), a été nommé au même grade.

— Par décret en date du 31 juillet, ont été promus : Au grade de médecin principal, MM. Lecorre (Emile-Désiré) ; Rit (Jean-Baptiste-Joseph-Louis) ; Barre (Paul-Auguste), médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe, MM. Fructet (Auguste-Simon-Paul) ; Ourse (Calixte-Paul-Raphaël) ; Chataing (Hippolyte-Joseph) ; Dédet (Léon-Paul-Auguste) ; Durand (Alcide-Ferdinand) ; Rançon (Laurent-Ferdinand-André-Moïse-Raoul).

Ecoles de médecine. — Par décret du 24 juillet, les professeurs titulaires des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont nommés par le ministre de l'instruction publique après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Ecole de médecine d'Alger. — Par décret en date du 31 juillet, il est créé à cette école une chaire de physique, une chaire de matière médicale, une chaire d'anatomie pathologique et histologique, une chaire des maladies des pays chauds.

(1) En vente au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, et chez Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts. Prix : 5 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Aujay de la Dure. — Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement.

M. Sudre. — En dégageant de la fièvre typhoïde les symptômes qui proviennent des intoxications secondaires, ne pourrait-on pas décrire un type normal de cette maladie infectieuse.

M. Barthelemy. — De l'enchondrome de l'omoplate.

M. Pouillot. — Du naphtol camphré et de son emploi en chirurgie.

M. Hillemand. — Contribution à l'étude de la spécificité des cellules chez l'homme.

M. Dnmoret. — Hystéropexie par prolapsus utérin.

M. Ducasse. — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus.

M. Daunic. — La bulbite uréthrale.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'hygiène prophylactique (Microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccinations et législation), par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Un vol. grand in-8° de 250 pages avec figures dans le texte. Prix broché : 6 fr.; cartonné, tête dorée, 7 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Anatomie normale et pathologique de l'œil, par le docteur Emile Berger, ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Un vol. grand in-8° de 220 pages avec 12 planches hors texte, tirées en taille-douce. Prix : 12 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 AU SAMEDI 3 AOUT 1889.

Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 3. — Rougeole, 15. — Scarlatine 10. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses, 49. — Autres, 3. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 61. — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 18. — Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë, 40. — Bronchite chronique, 12. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 35. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 22. — Biberon, 127. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 9. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 27. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 10. — Total : 1058.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'ab onnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

DU SUCRE NORMAL DANS LES URINES,

Par J. GAUBE (du Gers).

I. — Quoique la plupart des biologistes s'accordent à croire qu'il existe du sucre, du *glucose*, dans les urines normales ; malgré les savantes et très originales expériences de Fischer, de Tafel, de Quinquand, de G. Sée, de Hardy pour ne parler que des plus récentes, la démonstration irréfutable de la présence du *glucose* dans les urines physiologiques ne paraît pas faite. Nous avons repris l'étude de la recherche du *glucose* dans les urines normales en nous appuyant sur les deux principes suivants :

1° *User d'un réactif d'une grande délicatesse, pratique, facilement maniable, sûr, dont la réaction soit nette, sans équivoque.*

Ce réactif n'existait pas ; nous avons été assez heureux pour le trouver.

2° *Démontrer que la substance capable d'action sur le réactif ci-dessus est bien le glucose.*

II. — Nous ne venons pas faire le procès aux anciens réactifs du *glucose* ; ils sont tous bons pour quiconque a l'habitude de s'en servir ; on doit seulement leur imputer, à côté d'une grande sensibilité quand on sait les interpréter, une insuffisance à peu près absolue pour le dosage de minimes quantités de *glucose* ; ainsi, il est impossible de doser couramment le *glucose* normal de l'urine avec les réactifs actuellement connus.

Notre réactif se compose de trois éléments :

1° *Cyanure rouge chimiquement pur*......	1	gramme.
2° *Lessive de soude des savonniers*........	20	—
3° *Eau distillée*..................	2000	—

Nous devons dire de suite que ce réactif est une modification, fort améliorée, croyons-nous, du réactif de Gentile (Wurtz, *Dictionn. de Chimie*, t. 1er, 2e partie, p. 1442.)

On pourrait rapprocher encore de notre réactif la liqueur de Knapp, à base de *cyanure de mercure*.

Le *cyanure rouge* se comporte différemment en présence des corps réducteurs, selon le degré de concentration de ses solutions ; en solution concentrée il est réduit et précipite de l'*oxyde de fer*, du *peroxyde de fer* ; en solution faible, il est tantôt réduit, tantôt décoloré ; c'est sur cette double propriété que nous avons établi la base de notre réactif, ce qui nous a permis d'en faire tout à la fois et un réactif qualitatif et un réactif quantitatif.

III. — La précipitation du *peroxyde de fer*, la décoloration sont le résultat d'une réduction du *ferricyanure* qui passe à l'état de *ferrocyanure*, comme le démontrent les caractères particuliers à cet ordre de sels.

La réaction est plus compliquée que ne semble le paraître, à première vue, la réduction du *ferricyanure* en *ferrocyanure*. Le *glucose* avide d'*oxygène* s'oxyde ; l'*acide glucique* décompose le *ferricyanure* ; il précipite de l'*oxyde de fer* qui est absorbé par l'excès de *soude* pendant qu'il se forme du *cyanure*

FEUILLETON

LES MÉDECINS FRANÇAIS AUX COLONIES.

(*Suite et fin*.) (1).

C'est ainsi qu'un médecin major bien connu des lecteurs de la *Gazette médicale*, le Dr Charles Amat, a récemment publié un livre des plus intéressants sur le M'Zab et les M'Zabites (2).

Au milieu de la population cosmopolite qui habite l'Algérie, surtout l'Algérie du littoral, « vit un type particulier. Mercier, charbonnier ou boucher, petit de taille, trapu, à face large, au teint mat, à l'œil enfoncé, vêtu d'une gandoura en laine multicolore, actif, sobre, prévoyant, apte au commerce, capable d'épargne et détesté par l'arabe autant qu'il l'abhorre à son tour, c'est le M'Zabite.

Son pays situé entre 32° et 32°20' de latitude boréale et entre 0°,40' et 2°,11 de longitude orientale se trouve à deux cents kilomètres au delà de Laghouat, en plein Sahara central. Véritable savoyard du désert, il a pour objectif d'amasser un pécule qu'il emportera au milieu des siens », où pendant six mois M. Amat a pu l'observer.

C'était au lendemain de la prise de possession du M'Zab, au moment où l'on s'occupait d'assurer au pays les divers rouages nécessaires à son fonctionnement. Chargé de l'organisation du service médical, le Dr Amat voulut étudier les hommes qu'il aurait à traiter, le milieu où il devait agir. Séduit par l'attrait du sujet et agréablement entraîné par ses investigations au delà du cadre préalablement tracé, il a écrit le livre que nous signalons à nos lecteurs et que nous venons de lire avec le plus grand plaisir.

On y trouve de tout ; de l'histoire, de la géographie, de l'hydrographie et de la géologie, de la zoologie comme de la botanique. L'économiste et le statisticien y puiseront des éléments d'information aussi bien que l'anthropologiste. Quant au médecin il y verra

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Un vol. in-8 de 306 pages, avec 4 cartes et 2 tableaux. Paris, 1889. Challamel et Cie, éditeurs.

multiple de *fer*, de *potasse* et de *soude* : *cyanoferrure de potassium et de sodium*.

Lorsqu'on fait agir massivement du *glucose* sur du *cyanoferrure de potassium sodé*, en solution concentrée, la *soude* est incapable de s'incorporer l'*oxyde de fer* mis en liberté; l'on trouve dans la solution du *ferrocyanure de potassium*, du *peroxyde de fer*, des *cyanures* multiples; la décoloration du réactif provient et de la moindre coloration du *ferrocyanure* multiple de *potassium* et de *sodium* et de l'absorption par la *soude* de l'*oxyde de fer* précipité.

Tel que nous l'avons préparé, le réactif de *prussiate rouge sodé* ne peut pas servir au dosage des urines diabétiques; sa susceptibilité est trop grande; il faut, pour l'employer avec utilité, diluer considérablement les urines dans de l'eau distillée.

IV. — Pour doser le sucre normal dans les urines, l'opération est des plus simples.

Nous prenons un volume déterminé d'urine, nous le traitons successivement par le *sous-acétate de plomb* en poudre et un courant de gaz *sulfhydrique* jusqu'à complète décoloration. L'acide *sulfhydrique* décolore le *prussiate rouge sodé*; il faut en débarrasser complètement la liqueur ayant tout essai.

Nous mettons dans un petit ballon d'une capacité de 60 gr., 10 grammes de notre réactif; nous portons rapidement à l'ébullition qui ne doit pas altérer la couleur du réactif; nous laissons tomber alors, à l'aide d'un *compte-gouttes*, *une goutte* d'urine dans le réactif; nous attendons quelques secondes, nous laissons tomber une *deuxième goutte*, nous chauffons de nouveau sans faire bouillir, nous attendons quelques secondes encore, nous ajoutons une *troisième goutte* et nous continuons comme devant jusqu'à la décoloration du réactif.

Un dixième et demi de milligramme (0 gr. 0015) de *glycose* pure décolore exactement 1 gramme de réactif récent; de sorte que si, par exemple, 8 gouttes d'urine décolorent 10 grammes de réactif, 8 gouttes = 0 gr. 40, soit $0{,}0015 : 0{,}40 = 0{,}00375 \times 1000 = 3$ gr. 75 de *glucose* par litre d'urine.

Le dernier vestige de coloration de notre réactif est la limite extrême de sa valeur; on peut, en dégradant les teintes, arriver jusqu'à peser des quantités infinitésimales de *glycose* pure; nous avons choisi une teinte qui, tout en restant excessivement sensible, demeure très pratique.

V. — Lorsque nous avons eu fixé la dose exacte de *glucose* nécessaire à la décoloration d'un gramme de réactif, lorsque nous nous fûmes assuré que ni l'*ammoniaque*, ni l'*acide acétique*, ni l'*acide lactique*, ni les *chlorures*, ni les *dextrines*, ni l'*alcool*, ni les autres corps, *sauf l'acide urique*, qui peuvent se rencontrer dans les urines, y compris les *phénols* et les *acides sulfo-conjugués* n'atteignaient point le réactif vert; nous nous demandâmes : est-ce bien le *glucose* qui est mis en évidence par le réactif?

Une première série d'expériences nous avait démontré que le corps décolorant contenu dans les urines, en dehors de l'*acide urique*, y préexistait en quantité variable, car, chaque urine traitée par une méthode commune donnait des résultats différents; ceci acquis, nous avons préparé des expériences de contrôle de la façon suivante : nous avons pris une certaine quantité d'urine que nous avons partagée en deux parts égales; nous avons stérilisé, par l'ébullition, la première moitié et nous l'avons ensemencée avec une levûre à gros grains, dite d'Amérique, bien lavée; cette levûre est très active; nous avons traité la deuxième moitié par le *sous-acétate de plomb* et le *gaz sulfhydrique*, nous l'avons soumise ensuite à l'épreuve de notre réactif; la présence d'un corps réducteur n'étant pas douteuse, il fallait s'assurer que la levûre tirerait de l'*alcool* de l'urine ensemencée; à cet effet, nous distillâmes le quatrième jour, la première moitié de l'urine; nous avons concentré par des distillations successives le produit de la première distillation, et, le réactif de Berthelot, le *bi-chromate de potasse* avec l'*acide sulfurique*, le *chlorure de chaux* avec la *potasse*, ont révélé chacun, à n'en pas douter, les caractères particuliers de l'*alcool*; la conclusion précise de ce qui précède c'est que, tout au moins, les urines contiennent une substance dédoublée par la levûre en *alcool* et en sous-produits.

Nous avons pris une urine manifestement sucrée; en la diluant au millième, nous avons dosé le *glucose* au moyen de notre réactif; nous avons trouvé la dose massive de *quarante-quatre grammes soixante-deux centigr.* (44 gr. 62) de sucre par litre d'urine; le saccharimètre indiquait 44 grammes; nous avons déjà dit que le *prussiate rouge sodé* était défectueux pour le dosage des urines diabétiques, notre solution ayant été réglée en vue de la recherche de doses minimes de *glucose*; quoi qu'il en soit, la production d'*alcool* d'une part, la concordance des résultats obtenus par le réactif vert et par le saccharimètre ne nous paraissent point laisser planer aucun doute

---

quelles sont les maladies qui prédominent au M'Zab, et il y trouvera aussi de curieuses notions sur l'exercice de la médecine chez les M'Zabites.

Dans ce pays, « la thérapeutique est un grossier mélange de drogues hétérogènes de toute espèce attestant son inefficacité. Besoin n'est de dire que la toxicologie est inconnue et que l'art de l'obstétrique se borne à de simples pratiques de matrones envers les femmes en couches. » Veut-on se préserver du mal aux yeux? On prend « un carré de papier grand comme la paume de la main et l'on écrit *Dieu puissant, savant, unique, créateur*, mais en plaçant le mot Dieu au centre, et aux angles chacun des attributs. Supposez que le papier tel que vous l'avez tracé réponde bien aux prescriptions du livre, vous n'avez pas à redouter les conjonctivites, les kératites, les choroïdites, les rétinites et autres affections du même genre! Voulez-vous ne pas être exposé à la migraine? Il suffira par exemple d'écrire à gauche ce qui est à droite! Craignez-vous le mal aux oreilles? L'emploi de ces mêmes mots différemment placés ou d'autres cabalistiquement alignés répondront au même but, d'autant que l'on peut changer non seulement les attributs et les interposer de façons diverses, mais qu'il est encore toute une série de dessins facile à reproduire. »

Voilà ce qui se faisait au M'Zab il y a quelque temps. La situation a un peu changé aujourd'hui. Le M'Zabite n'est pas absolument mécréant, si l'on veut, à l'endroit de l'efficacité des invocations coraniques, mais il estime qu'il doit s'aider pour guérir. Il ne cesse de travailler que brisé par la souffrance; s'arrêtant alors, il se couche souvent pour ne plus se relever. Comme dans toute l'Algérie, les pointes de feu sont au M'Zab très en honneur et très à la mode, ainsi que les ventouses scarifiées ou simplement la scarification.

Comme ventouse, ils emploient une mauvaise cafetière ou une corne dans laquelle ils font le vide par aspiration avec la bouche. Toutes les fractures sont maintenues, soit avec des branches ou des feuilles de palmiers, soit à l'aide d'attelles soigneusement articulées, qui emboîtent bien le foyer et immobilisent le membre. Le défaut ordinaire de ces appareils est d'être trop serrés. La seule opération chirurgicale que les médecins m'zabites pratiquent est la circoncision.

sur la nature de la substance décolorant notre réactif dans les urines normales, abstraction faite de l'*acide urique*. Nous ne connaissons dans les urines que deux corps capables de fournir de l'*alcool* : ce sont l'*acide lactique* et le *sucre de raisin* ; or, l'*acide lactique* se trouve dans les urines à l'état de combinaison phosphatée, il ne décolore pas notre réactif, il n'est pas non plus dédoublé par la levûre ; nous nous retrouvons en présence de la seule substance dont la levûre puisse tirer de l'*alcool*, c'est-à-dire du *glucose*.

VI. — Toutes les urines normales contiennent du *glucose*, mais, où commence l'excès? Les prétendues traces de sucre accusées dans les urines normales sont relativement lourdes puisque nous avons fréquemment trouvé 0 gr. 90 c. de *glucose* par litre d'urine à partir de la soixantième année.

Nous avons fait de nombreuses analyses d'urine prises chez des sujets dont l'âge variait de six mois à soixante-cinq ans. La première enfance et l'âge mûr pêchent tous les deux par excès de *glycémie*.

Le sucre va en diminuant de la première enfance vers l'âge adulte et en augmentant de l'âge adulte vers l'âge mûr.

Il est impossible, même en opérant sur un grand nombre d'analyses isolées, (210), si concordantes qu'elles soient, d'établir des moyennes limitant l'excès ou la pénurie ; il y a certainement des *hypo-glycémies* comme il y a des *hyper-glycémies*; nous avons dosé le sucre dans l'urine d'une dame habitant Blois, cachectique, sans que j'aie pu préciser la cause de sa cachexie qui n'éliminait que 0 gr. 035 de *glucose* par litre d'urine.

Nous avons analysé pendant dix jours consécutifs, les premières urines émises chaque matin par six personnes d'âges divers, de conditions sociales différentes : une femme de 62 ans, riche ; une femme de 50 ans, d'une modeste aisance ; une jeune fille de 5 ans, fille d'artisans ; un homme de 34 ans, employé dans une de nos grandes administrations ; un enfant de 15 ans, pauvre ; une jeune fille de 23 ans, femme de chambre; les six tableaux suivants résument les résultats de ces soixante analyses ; nous avons choisi les premières urines du matin parce que nous avons pensé qu'elles étaient l'expression la plus vraie de l'état normal, aussi éloignées des influences certaines de l'alimentation que des excitations extérieures des centres nerveux ; nous avons établi les moyennes sur la quantité d'urine, émise en vingt-quatre heures, excepté pour les jeunes enfants ; pour ces derniers, nous avons rapporté nos moyennes à un litre.

En jetant un rapide coup d'œil sur les résultats quotidiens des analyses, on sera tout de suite frappé de la fréquence du même quotient d'analyse ; il en est autrement quand on analyse les urines de la journée, les urines de l'action comparativement aux urines du repos ; cette remarque justifie le choix que nous avons fait des premières urines émises le matin, au réveil.

VII. — 1. Femme, 62 ans, non réglée depuis 14 ans ; uraturique, névropathe.

Dosage du sucre normal.

		Moyenne de 24 heures
1er jour......	0 g. 9021	0 gr. 79335
2e —	0 g. 8090	
3e —	0 g. 8075	
4e —	0 g. 8033	
5e —	0 g. 8013	
6e —	0 g. 7777	
7e —	0 g. 7404	
8e —	0 g. 8060	
9e —	0 g. 7095	
10e —	0 g. 7777	

2. Femme, 50 ans, en période de ménopause ; herpétique.

Dosage du sucre normal.

		Moyenne de 24 heures
1er jour......	0 g. 8075	0 gr. 81783
2e —	0 g. 8013	
3e —	0 g. 7000	
4e —	0 g. 7404	
5e —	0 g. 7095	
6e —	0 g. 9045	
7e —	0 g. 9021	
8e —	0 g. 9072	
9e —	0 g. 9025	
10e —	0 g. 8033	

3. Jeune fille, 5 ans, bien constituée.

Dosage du sucre normal.

		Moyenne de 24 heures
1er jour......	0 g. 9072	0 gr. 98819
2e —	0 g. 9045	
3e —	0 g. 9021	
4e —	0 g. 9732	
5e —	1 g. 0000	
6e —	1 g. 2811	
7e —	0 g. 9072	
8e —	1 g. 0000	
9e —	1 g. 0066	
10e —	1 g. 0000	

En somme l'art de guérir n'existe pour ainsi dire pas au M'Zab, et l'ignorance des praticiens est poussée à ses dernières limites.

Mais le livre de M. Amat a une autre importance qu'un intérêt purement spéculatif. Le patriotisme y a largement sa part et y trouverait son compte si nos gouvernants prenaient à tâche d'arriver à atteindre les desiderata que l'auteur met en relief : « De la nécessité d'asseoir solidement notre autorité dans le Sahara central, de maîtriser les tribus qui le parcourent, d'utiliser l'intelligence et les capitaux des M'Zabites se déduit le projet de régénération d'Ouargla. Non seulement nous sauverions d'une ruine certaine et peut être prochaine la population sédentaire qui l'habite, mais encore nous favoriserions le retour des relations commerciales entre l'Algérie et le Soudan. »

On voit donc par cet aperçu que le rôle du médecin dans nos colonies n'est pas si effacé qu'il ne puisse rendre de grands services non seulement à la science mais aussi à la mère patrie.

Dr Albertus.

Hôpitaux de Paris. — Par suite du passage de M. Guéniot à la Maternité comme chirurgien en chef, M. Kirmisson passe de l'hospice d'Ivry aux Enfants-Assistés, et M. Reynier, du Bureau central à l'hospice d'Ivry.

***

Facultés et Ecoles de médecine. — Sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires, M. Coze (de Nancy), Merget (de Bordeaux), Glénard (de Lyon) et Lepetit (de Caen).

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 27 juillet, M. Corolleur (Louis-Michel-Honoré), docteur en médecine, médecin auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 2e classe.

4. Homme de 34 ans, d'une bonne santé.

Dosage du sucre normal.

1er jour......	0 g. 8075	Moyenne de 24 heures 0 gr. 79505
2e —	0 g. 8043	
3e —	0 g. 8090	
4e —	0 g. 8013	
5e —	0 g. 8050	
6e —	0 g. 7777	
7e —	0 g. 7404	
8e —	0 g. 8013	
9e —	0 g. 8050	
10e —	0 g. 8090	

5. Enfant, 15 ans, non pubère, chétif.

Dosage du sucre normal.

1er jour......	1 g. 0000	Moyenne de 24 heures 0 gr. 93086
2e —	1 g. 0000	
3e —	0 g. 9072	
4e —	0 g. 9732	
5e —	0 g. 9072	
6e —	0 g. 9021	
7e —	1 g. 0000	
8e —	0 g. 9045	
9e —	0 g. 9072	
10e —	0 g. 9072	

6. Jeune fille, 23 ans, bonne santé.

Dosage du sucre normal.

1er jour......	0 g. 7000	Moyenne de 24 heures 0 gr. 69174
2e —	0 g. 6034	
3e —	0 g. 7777	
4e —	0 g. 7000	
5e —	0 g. 5073	
6e —	0 g. 7777	
7e —	0 g. 6034	
8e —	0 g. 7000	
9e —	0 g. 8075	
10e —	0 g. 7404	

Les (1) tableaux précédents nous démontrent que la moyenne du sucre normal dans les urines, pendant la première enfance, est d'un gramme par litre; que la moyenne est de soixante-dix centigrammes, chez l'adulte, et de quatre-vingt centigrammes à l'âge mûr, pour vingt-quatre heures. On peut donc considérer tous les individus dont les urines contiennent, d'une manière suivie, plusieurs centigrammes de *glucose* en-dessus des moyennes indiquées, (1 gr. 07), par exemple, que nous avons trouvé avec persistance chez un homme de 40 ans, comme des malades en voie d'évolution diabétique, et, comme des cachectiques, tous les individus dont les urines contiennent, d'une manière suivie, plusieurs centigrammes de *glucose* en-dessous des mêmes moyennes.

PATHOGENIE

De l'arthritisme,

comme cause de la paralysie générale.

En étudiant les causes de la paralysie générale, on a beaucoup recherché les causes occasionnelles, mais on n'a fait que fort peu d'investigations du côté des causes prédisposantes. On a, par exemple, fouillé la question des rapports de la syphilis, de l'alcoolisme, des professions, du travail intellectuel, etc., avec la paralysie générale, mais les travaux faits sur les relations de cette maladie avec les grandes diathèses sont très peu nombreux.

Or, il semble démontré, chaque jour de plus en plus, que la question du terrain prime toutes les autres quand il s'agit du développement des maladies nerveuses. La syphilis, la tuberculose, les maladies générales, les maladies locales, les intoxications, le traumatisme etc., ne peuvent provoquer l'apparition de phénomènes nerveux que chez des sujets entachés d'hérédité nerveuse ou encore d'une tare originelle autre que l'hérédité nerveuse mais qui place le système nerveux dans dans un état de faiblesse particulier grâce auquel il subit le contre coup de toutes les maladies. Le professeur Charcot a mis en évidence d'une façon remarquable le rôle que joue l'arthritisme comme une cause prédisposante pour les maladies nerveuses. Depuis longtemps on connaissait les relations si intimes qui existent entre la chorée et le rhumatisme, on connaît aujourd'hui celles, non moins profondes, qui unissent la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, l'hystérie et le neurasthésie et les diverses manifestations de l'arthritisme. Je crois pouvoir affirmer, d'après les recherches que j'ai faites à l'asile de Bailleul que la paralysie générale évolue très fréqnemment sur un terrain vicié par l'arthritisme qui joue par rapport à elle le rôle de cause prédisposante.

Jusqu'à présent l'attention a été à peine attirée sur l'origine arthritique de la paralysie générale, et si l'on trouve dans les traités spéciaux des observations de paralysie évoluant chez des rhumatisants, on ne trouve nulle part cette idée exprimée que le rhumatisme est la cause de la maladie nerveuse. Cependant on avait vu le rôle important que joue dans son étiologie la tendance congestive, mais sans préciser que cette tendance aux congestions est une des manifestations les plus constantes de la diathèse arthritique. C'est ainsi que M. Baillarger admet deux espèces de paralysies générales héréditaires, les unes vésaniques, les autres congestives. M. Régis dit que le paralytique hérite de ses parents d'une aptitude aux congestions cérébrales, origine de troubles incessants de la circulation de l'encéphale qui amènent une irritation des cellules nerveuses, puis leur mort par prolifération et sclérose interstitielle de la névroglie.

M. Luys parle dans le même sens. Pour lui, la paralysie générale qui éclate chez un individu n'est pas un fait imprévu arrivant ex abrupto, mais bien le résultat d'une série d'influences multiples. Dès la naissance, le mal est en germe chez le sujet destiné à devenir paralytique; il possède une tendance aux poussées congestives de l'encéphale et selon qu'il sera exposé, ou non, aux fatigues, aux intoxications, etc., il subira son destin ou y échappera.

Or nous sommes pleinement autorisés à ranger cette tendance aux congestions, cette diathèse congestive comme on l'appelle, parmi les manifestations de l'arthritisme. « Le processus congestif constitue, dit Sénac, l'élément caractéristique le plus important dans la séméiologie de l'arthritisme. Cette diathèse amène une modification des conditions normales de la circulation qui se traduit par des mouvements fluxionnaires, par des poussées congestives plus ou moins marquées et plus ou moins durables ». Le témoignage de M. Sénac, qui mieux que personne, a étudié l'arthritisme, suffirait à entraîner la conviction si, depuis qu'il a écrit ces lignes, la démonstration des faits qu'il avance n'avait été faite de tous côtés. C'est en provoquant à chaque instant des poussées congestives vers le cerveau, et en amenant à leur suite des lésions des parois des vaisseaux puis des tissus voisins que l'arthritisme produit la

(1) Les nombres donnés dans ces tableaux sont exagérés; la saison pendant laquelle nous avons fait les analyses, la saison des fruits, est la cause de l'exagération, peu importante d'ailleurs, mais qui n'en mérite pas moins d'être signalée.

paralysie générale, directement dans quelques cas, indirectement dans d'autres en créant un terrain favorable à l'évolution d'un autre processus.

Ce ne sont pas là simplement des vues de l'esprit, des hypothèses fondées sur l'étude du processus congestif, mais ce sont des faits qu'il est permis de vérifier bien facilement en recherchant les antécédents des paralytiques et en faisant complètement leur examen physique. Certes, tous les paralytiques ne sont pas rhumatisants, mais un bon nombre d'entre eux présentent sur leur corps des stigmates de l'arthritisme ou bien ont dans leurs antécédents personnels et héréditaires des manifestations qui relèvent de cette diathèse.

A l'asile de Bailleul, M. Hugghes, interne de mon service a réuni en moins d'un an sur environ 30 malades atteintes de paralysie générale, dix cas où le rhumatisme est évident et où on ne trouve que lui comme étiologie de la maladie. Ce sont des malades qui sont le plus souvent issues de parents rhumatisants et qui, dès leur jeune âge, présentent des manifestations arthritiques diverses. Le rhumatisme articulaire, subaigu ou à marche chronique, est parfois observé, mais il ne se trahit le plus souvent que par des douleurs, localisées à une ou deux des grandes articulations et qui se montrent de loin en loin, de préférence pendant les chaleurs. La migraine et les poussées congestives à la tête ne manquent presque jamais chez ces malades; elles s'installent chez eux de bonne heure et reviennent avec fréquence, surtout après les repas. L'eczéma, l'herpès génital et labial, le lichen, l'ichthyose, sont, dans un autre ordre de faits qui relève de la même cause, assez souvent observés avant la paralysie générale. Il semble que ces manifestations cutanées aient une tendance à s'effacer quand les phénomènes cérébraux apparaissent. L'emphysème, les bronchites à répétition du type arthritique sont également des faits qui révèlent chez nos malades la diathèse dont ils sont atteints.

Dans un des cas que j'ai observé, le malade, entaché d'hérédité rhumatismale, avait eu lui-même pendant sa jeunesse du rhumatisme subaigu à plusieurs reprises, de l'eczéma, et des migraines. Quand vers 30 ans, il commença à présenter des symptômes de paralysie générale, toutes ces manifestations arthritiques disparurent, mais pour revenir, toutes les fois que son état mental s'améliorait. Pendant une rémission qui dura deux mois environ, les douleurs articulaires et l'eczéma se montrèrent de nouveau pour diminuer et cesser tout à fait quand la paralysie générale reprit son cours. Il y eut donc là une alternance singulière, une sorte de métastase qui semble venir à l'appui de l'idée que j'avance que la paralysie générale est dans certains cas une manifestation de l'arthritisme au même titre que la migraine ou la chorée.

Il me serait facile de multiplier les exemples de ce genre où l'arthritisme et la paralysie générale sont manifestement reliés ensemble par des rapports de causalité. Toujours, c'est par des poussées congestives que l'encéphalite paraît commencer. Quand il est donné de suivre les malades pendant la période où les accidents cérébraux commencent, on voit ces congestions fugitives qui ne se traduisent guère que par la teinte rouge de la face et un peu de la torpeur intellectuelle, devenir de plus en plus fréquentes et même revenir journellement après les repas ou par la moindre cause occasionnelle morale ou physique. Dans une thèse récente, L. Vrain a avancé, avec raison, que les paralysies générales à début précoce sont des paralysies générales congestives et qu'elles surviennent ainsi avant leur époque habituelle parce qu'une cause prédisposante a créé chez les sujets une prédisposition hâtive, et placé prématurément leur cerveau dans les conditions anatomiques où il se trouve à la maturité de la vie. Ceci est exact et j'ai pu remarquer que la paralysie générale se développait de bonne heure quand elle reconnaissait l'arthritisme pour cause efficiente. Des individus de 22 à 30 ans sont, sous l'influence de cette diathèse, facilement atteints par la péri-encéphalite quand ils sont mis par les hasards de la vie dans des conditions d'existence qui exaltent leur prédisposition hâtive.

Après avoir eu une marche assez lente au début, la paralysie générale d'origine arthritique prend à la période d'état des allures très rapides. On voit parfois des malades passer en quelques mois d'une santé relativement bonne à une déchéance intellectuelle et physique complète. Chez eux, les accidents apoplectiformes sont fréquents et se répètent en séries; l'incoordination des mouvements est très marquée et l'impotence arrive vite; de bonne heure, ils doivent tenir le lit et alors, sans nouveaux épisodes que de fortes poussées congestives, leur ataxie et leur paralysie augmentent, des contractures surviennent et la mort arrive rapidement. D'autres fois, ces paralysies générales rhumatismales sont sujettes à des rémissions, de courte durée, il est vrai, mais qui peuvent se montrer à plusieurs reprises. Malgré ces quelques particularités, l'étude des phénomènes cliniques ne peut pas faire diagnostiquer une paralysie générale d'origine rhumatismale, car ses allures sont en somme celles des autres formes de la maladie; cependant, tout au début, quand chez un arthritique on voit le caractère présenter des modifications et surtout devenir sombre, en même temps que se montrent les rougeurs du visage et les migraines obligées, on doit penser à la paralysie générale et nul doute qu'à ce moment un traitement dirigé contre l'élément diathésique ne réussisse à entraver la marche du processus.

Dans beaucoup de cas, l'arthritisme n'est que la cause prédisposante; pour que la paralysie générale se développe, il faut qu'une autre cause vienne se surajouter et donner un coup de fouet aux tendances congestives du sujet. C'est souvent ainsi qu'agissent la syphilis et l'alcool, et nous avons à cet égard des observations probantes. Les auteurs en ont du reste publié beaucoup de ce genre, très significatives, mais sur lesquelles ils n'ont peut-être pas assez insisté; Régis, en particulier, en a cité de très belles. Du reste, tous les syphiligraphes sont d'accord pour dénoncer la gravité des accidents syphilitiques chez les rhumatisants et la fréquence des localisations nerveuses. L'école lyonnaise enseigne que la syphilis cérébrale se voit souvent et de préférence chez eux, et revêt des formes graves. Ceci vient à l'appui de nos idées : la syphilis est bien le facteur de la paralysie générale, mais elle ne le devient qu'à la condition d'évoluer sur un arthritique. En d'autres termes, un rhumatisant qui devient syphilitique est beaucoup plus exposé qu'un rhumatisant non syphilitique à devenir paralytique général, on peut dire que ses mauvaises chances ont doublé.

Il en est de même de l'alcoolisme, du saturnisme et des autres causes de la paralysie générale; elles peuvent agir seules, mais elles agissent d'autant mieux qu'elles exercent leur action sur un arthritique. Peut-être même, dira-t-on un jour, quand la question sera mieux étudiée, qu'elles n'agissent que chez des arthritiques. Rien de surprenant à cela quand on réfléchit que les poisons tels que l'alcool et le plomb, pour ne prendre que ceux-là, déterminent des poussées congestives vers les viscères et l'encéphale et provoquent des lésions vasculaires, qui deviennent le point de départ de la prolifération conjonctive. Or, l'arthritisme agit de la même façon et détermine

de l'athérome ou tout au moins de l'artério-sclérose ; quand ces deux facteurs arthritisme et alcoolisme viennent unir leurs efforts, le processus morbide qui tend à la sclérose, reçoit une impulsion nouvelle et la péri-encéphalite peut être le résultat de leur travail.

Les considérations anatomiques viennent aussi à l'appui des faits cliniques pour montrer le rôle de l'arthritisme, ce sont celles que l'on tire de l'examen des vaisseaux, du cœur et des reins des paralytiques généraux. Presque toujours, ces organes présentent les lésions de l'artério-sclérose, à un degré plus ou moins marqué, il est vrai, mais toujours très apparent.

Voisin a démontré les rapports qui existent entre l'artérite chronique et la paralysie générale, et tout dernièrement, le travail de Bordes-Pagés a établi que l'aortite et l'artérite chroniques se sont montrées comme une lésion constante dans 52 cas de péri-encéphalite. Mais il est bon de pénétrer plus avant encore dans la question et de rechercher les causes mêmes de cette artério-sclérose. Pour moi, elle est souvent d'origine arthritique.

C'est le rhumatisme chronique, dit M. Huchard, dans son récent ouvrage, qui donne lieu le plus ordinairement aux indurations artérielles. Souvent, on ne trouve dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades, que des manifestations abarticulaires de la diathèse rhumatismale, telles que des migraines, des névralgies erratiques et très rebelles, des affections cutanées ou des attaques d'asthme. Guénau de Mussy est aussi affirmatif : si l'on cherche, dit-il, dans quelles proportions les manifestations rhumatismales ont coïncidé avec les lésions artérielles, on trouve que dans 140 cas, on les a constatées 68 fois, c'est-à-dire chez près de la moitié des malades.

Si la paralysie générale est, comme bien d'autres maladies du système nerveux, étroitement liée au développement de l'artério-sclérose, et si cette dernière est, dans la moitié des cas, d'origine rhumatismale, il me semble que la question est tranchée et qu'il y a lieu d'admettre l'arthritisme parmi les facteurs les plus puissants de cette maladie. Le mécanisme en vertu duquel la péri-encéphalite survient au cours de l'artério-sclérose arthritique est facile à comprendre ; il est, du reste, le même que dans les autres organes et pour d'autres localisations ; il se produit successivement des poussées congestives répétées, une inflammation lente des artérioles, une propagation aux tissus voisins des lésions dont le système vasculaire est le siège et une mortification des éléments nobles, lésés dans leur nutrition et écrasés par la sclérose. Huchard a magistralement décrit ce processus et je serai mal venu de le décrire après lui.

J'ai la conviction profonde que l'arthritisme joue le principal rôle dans la production de la paralysie générale et cette conviction repose sur l'étude minutieuse des faits d'observation. Cette origine sera vraisemblablement mise en relief d'une façon plus frappante à mesure que l'on cherchera davantage les causes de la paralysie générale et il est probable que cette maladie rentrera dans le nombre de ces maladies du système nerveux que Charcot met sur le compte de la diathèse arthritique.

« On peut, dit-il, considérer l'arthritisme comme formant un arbre, dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraines, des affections cutanées, etc. De l'autre côté, un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par les racines et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. »

Georges Lemoine (de Lille).

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE.

(*Suite*) (1)

III. — Sur la chloralamide, un nouveau somnifère par le Dr E. Reichmann, assistant du professeur Riegel de Giessen, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, n° 31 p. 624.

IV. — La chloralamide, un nouveau somnifère, par le Dr E. Peiper, assistant du professeur Mosler, de Greifswald. *Ibidem*, n° 32, p. 644.

V. — Sur la valeur thérapeutique de quelques nouveaux médicaments cardiaques. — Le sulfate de spartéine, par le Dr S. W. Lewaschew, de Kasan. *Zeitschrift für Klin. Medicin* T. XVI, fasc. 1 et 2, p. 56-96, 1889.

VI. — Le sulfate de spartéine considéré comme médicament cardiaque, par le Dr Kurloff. *Deutsches Archiv für Klin. Medicin*. T. XLV. fasc. 1 et 2. p. 57, 1889.

III. — La chloralamide est un produit réalisé par voie de synthèse, sur les indications du professeur von Méring ; elle résulte de l'association du chloralanhydride et de la formamide, et elle a pour formule $CCl^3CH\left\{\begin{array}{l}OH\\AzHCHO.\end{array}\right.$ C'est une substance cristalline, incolore, d'un goût légèrement amer, nullement caustique. Elle est soluble dans l'eau et l'alcool, et ses solutions aqueuses, qui doivent être préparées à une température ne dépassant pas 60°, se conservent sans s'altérer. L'addition de nitrate d'argent à la solution (aqueuse ou alcoolique) de chloralamide n'altère pas la préparation. Il en est de même avec les acides faibles. Au contraire, les alcalis caustiques décomposent très rapidement la chloralamide en dissolution dans l'eau et dans l'alcool. Avec les bicarbonates alcalins, cette décomposition ne s'effectue que lentement.

Pour éprouver l'action somnifère de la chloralamide, M. Reichmann a expérimenté d'abord sur des chiens. En se servant d'une sonde œsophagienne, il introduisait 3 grammes de chloralamide dans l'estomac de l'animal. Au bout d'une d'une heure et demie environ, celui-ci paraissait fatigué et somnolent, et c'était tout. D'effet somnifère proprement dit, il ne s'en produisait point. L'expérience n'entraînait d'ailleurs aucune suite fâcheuse pour l'animal.

Ces essais, poursuivis sur l'homme, ont donné des résultats sensiblement différents. A la dose de 1 gramme, la chloralamide n'a produit que des effets somnifères très incertains et toujours faibles. A la dose de 2 grammes, le médicament a manifesté une action somnifère très nette, mais quelquefois lente à se manifester. Quand le médicament était administré le jour, à la dose de 2 grammes, l'effet produit se réduisait, d'ordinaire, à une sensation de fatigue et de somnolence ; toutefois, les sujets débilités étaient pris de sommeil.

Les résultats ont été beaucoup plus satisfaisants lorsque la chloralamide était administrée à la dose de 3 grammes. L'effet somnifère n'a jamais fait défaut, même quand l'expérience avait lieu en plein jour. Chez deux alcooliques notamment, l'administration de la chloralamide, à la dose de 3 grammes, est venue à bont d'une insomnie rebelle que n'avait pu vaincre la morphine donnée à la dose de 0,01.

M. Reichmann insiste sur ce que l'action somnifère de la

(1) Voir le numéro précédent.

chloralamide s'est manifestée dans des cas où l'insomnie était sous la dépendance de la donleur physique : ainsi, chez nne femme qui souffrait de légères coliques hépatiques, chez une autre qui était en proie à des donleurs névralgiques presque continnes et qui dormait fort pen, malgré qn'elle usât largement de l'opium.

Les senls effets désagréables constatés chez les personnes qui ont fait l'objet de ces expériences ont consisté dans une légère céphalalgie, et seulement dans les cas où le médicament était administré le jour, alors que l'effet somnifère se faisait attendre. Qnelqnes malades se sont plaints le matin, au réveil, d'éprouver une certaine fatigue et de la somnolence. Cenx qui ont pris alternativement de la chloralamide et dn sulfonal ont été plus satisfaits de la première.

Enfin les recherches sphygmographiques faites par l'auteur l'ont amené à conclure qu'à la dose de 2 à 4 grammes, la chloralamide n'exerce pas d'action dépressive sur la circnlation, contrairement à ce qui a lieu avec l'hydrate de chloral.

La question de savoir si l'usage prolongé de la chloralamide entraîne l'accoutumance n'est pas encore tranchée.

IV. — M. Peiper fournit les indications détaillées sur le mode d'administration de la chloralamide. Daus le service de Mossler, ce médicament a été administré à la dose de 1 à 3 gr. en poudre, mélangée avec 1 gramme d'éléo-saccharure de fenonilles on enrobée dans du pain azyme (immédiatement après, le malade avalait nn pen de café, de lait on d'eau), puis à la dose de 3 grammes dans une potion composée de 60 gr. d'eau, de 4 gouttes d'acide chlorhydrique et de 10 grammes de sirop de framboise, à prendre en une fois ; enfin, chez quelques malades, le médicament a été administré sous forme d'un lavement composé de chloralamide 3 grammes, acide chlorhydrique dilué 2 gouttes, esprit de vin 1 gramme, ean distillée 100 grammes.

D'abord le médicament a été administré dans l'après-midi, à la dose de 1 gramme, à 6 personnes robustes et bien portantes ; le résultat a été absolument négatif. Deux autres personnes ont dormi pendant trois heures à la suite de l'ingestion de 2 grammes de chloralamide. Quatre étudiants en médecine, après avoir pris chacun 3 grammes de cette substance, à différentes heures de la journée, se sont endormis au bout d'un laps de temps qui a varié de trois quarts d'heure à une heure et demie. Deux de ces jeunes gens, qui avaient absorbé le médicament après le repas de midi, ont dormi, l'un pendant quatre, l'autre pendant cinq heures; les deux autres ont dormi de 9 heures du soir à 7 heures du matin, et au réveil, ils éprouvaient une grande lassitude, qui les obligea à se coucher de nonveau. Les autres effets secondaires notés chez les personnes qui ont fait l'objet de cette première série d'expériences ont consisté en une sécheresse de la gorge (2 fois) et en une soif exagérée, dans les cas où, immédiatement après l'ingestion du médicament, le sujet s'abstenait de boire.

D'autre part, la chloralamide a été administrée à 24 malades souffrant d'insomnie pour des causes diverses (insomnie nerveuse, lumbago, paralysie agitante, tabes dorsalis, chorée, sciatique, alcoolisme, bronchite chronique, asthme, phtisie, diabète, tumeurs malignes, affections cardiaques). Chez les sujets affaiblis et chez les femmes, le médicament était administré à la dose de 2 grammes, voire qu'une fillette de 13 ans a dormi pendant trois heures d'un profond sommeil, après avoir absorbé 0 gr. 5, de chloralamide. Autrement la dose était de 3 grammes.

L'effet somnifère n'a fait défaut que chez 3 malades (1 cas de sarcomatose, 2 cas de phthisie avancée). Les effets secondaires ont consisté en : sensation de lassitude, chez 6 sujets; céphalalgie, chez 3 malades ; vertige, dans un cas seulement. Le malade affecté de sarcomatose a été pris de vomissements, douze heures après avoir absorbé 3 grammes de chloralamide.

Voici en quels termes l'anteur a résumé les résultats des premières expériences qui ont été faites avec la chloralamide dans le service dn professeur Mossler.

1° La chloralamide s'est révélée comme un médicament somnifère utilisable, quoiqu'il n'ait pas été efficace dans tous les cas. Chez les adultes, l'effet somnifère s'est manifesté de 1/2 à 1 henre 1/2 après l'administration de 2 ou 3 grammes de chloralamide.

2° Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas d'agrypnie nervense, dans les cas d'insomnie occasionnée par nne affection de la moelle, par l'asthme, par le rhumatisme articulaire subaigu, par une affection de l'estomac, ne donnant pas lieu à des donleurs intenses.

3° Des effets secondaires tels qne : céphalalgie, vertige, sensation de fatigue, sontsurvenus le lendemain, chez plusieurs sujets. Ces effets n'ont été bien prononcés que chez un senl malade, affecté d'une phtisie laryngée.

4° Dans les cas où l'action de la chloralamide a pu être comparée à celle de l'hydrate de chloral, le parallèle a été en faveur du premier de ces deux médicaments.

Cependant l'auteur veut bien reconnaître que la question de savoir si la chloralamide obtiendra une place durable parmi les symptômes usuels est encore à résoudre.

V. — Les recherches de M. Lewaschew ont eu pour objet d'élucider la question, encore controversée, relative à la valeur thérapeutique du sulfate de spartéine. Voici, en substance, les résultats auxqnels ont abouti ces recherches :

Il n'est pas donteux que le sulfate de spartéine tonifie et régularise le cœur, dans les cas d'asthénie cardiaque avec arythmie; en outre le pouls est ralenti lorsqu'il était préalablement accéléré.

Cette action de la spartéine sur le cœur entraîne à sa suite une élévation de la pression intra-vasculaire, l'atténuation ou la disparition des symptômes en rapport avec des stases sanguines locales, l'excrétion d'une plus grande quantité d'urine et d'une urine dont le poids spécifique est diminué, l'atténuation, voire la disparition des hydropisies, la diminntion de la dyspnée.

Les observations faites sur les malades n'autorisent point à conclure que la spartéine est douée d'une action diurétique directe, dépendant d'une modification imprimée à l'épithélium rénal.

Eu égard à l'intensité de ses effets cardiaques, la spartéine se tient bien au-dessous de la digitale, de l'adonis maïalis et du strophantus. Non seulement la spartéine imprime des modifications relativement faibles à la circulation et anx antres fonctions, mais en outre elle est complétement inefficace dans les cas où la maladie de cœur s'accompagne d'altérations intenses du myocarde, d'hydropisies considérables, dans des circonstances où les autres médicaments cardiaqnes produisent encore des effets salutaires.

C'est pourquoi l'emploi de la spartéine n'est réellement indiqué que dans les cas d'affections cardiaques relativement récentes, lorsque les tronbles de la compensation ne sont pas encore très intenses, et qne le myocarde n'est pas encore en état de dégénérescence très prononcée. Dans les cas graves, la spartéine n'est d'aucune utilité, même quand on l'associe à d'antres médicaments cardiaqnes plus énergiques.

Si l'action thérapentiqne de la spartéine est faible, cela tient

à ce que le médicament n'agit que faiblement sur le cœur, et non à la fugacité de cette action ; car celle-ci pour si faible qu'elle est, persiste pendant trois, quatre et même six jours après que la médication a été suspendue. De plus, dans les circonstances favorables, l'efficacité de la spartéine est toujours très prompte à se manifester, souvent déjà 15 minutes après l'administration du médicament. Aussi la spartéine est-elle un remède très précieux contre l'adynamie cardiaque à développement rapide, telle qu'on l'observe dans le cours des maladies infectieuses les plus diverses.

La dose minima à laquelle la spartéine manifeste une action appréciable est de 5 centigrammes *pro die*. Avec des doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 3, on obtient des résultats thérapeutiques plus constants et plus prononcés. Il n'y a aucun avantage à pousser la dose quotidienne au-delà de 0 gr. 3 répartie en 3 ou 4 prises. Administrée à pareille dose, la spartéine ne produit d'autres effets fâcheux qu'une irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Cette irritation se traduit assez souvent par de la diarrhée, quelquefois par des nausées et des vomissements.

VI. — Les observations faites par M. Kurloff, dans le service du prof. Ziemssen, de Munich, et relatives à l'action thérapeutique du sulfate de spartéine, n'ont pas abouti à des résultats aussi nets. L'auteur s'est borné à conclure que pour n'être pas à nier, l'efficacité du sulfate de spartéine dans les maladies de cœur est très incertaine, qu'on ne saurait dire, d'autre part, pourquoi cette efficacité s'est manifestée dans certains cas, tandis qu'elle a fait défaut dans d'autres. Il est un point sur lequel M. Kurloff paraît tomber d'accord avec M. Lewaschew, il est relatif à la place qu'il convient d'assigner au sulfate de spartéine, dans la hiérarchie des médicaments cardiaques. En effet, l'auteur constate que la spartéine a été administrée indifféremment à tous les malades qui présentaient une anomalie des fonctions cardiaques ; dans ces conditions, il s'est fait voir que la spartéine avait le plus d'efficacité contre les premiers troubles de la compensation, causés par une lésion organique du cœur, c'est-à-dire, ajoute M. Kurloff, dans les cas, où le médecin hésite à recourir aux médicaments cardiaques doués d'une grande activité.

E. Ricklin.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. — Sur la chloralamide par MM. Hagen et Hufler. *Munchner medic. Wochenschrift*, 1889, n° 30.

II. — Sur l'action physiologique de la strophantine par le Dr J. Popper. *Zeitschrift für Klin. Medicin* T. XVI fasc. 1 et 2 p. 97, 1889.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

Du cancer de la glande sous-maxillaire, par le Dr Jouliard (Thèse de Paris, 1888).

Sous le nom de cancer M. Jouliard décrit les tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire. Elles sont constituées avec une égale fréquence par le sarcome, l'épithéliome, le carcinome. Elles sont d'ordinaire formées d'un seul tissu néoplasique. Parfois du tissu cartilagineux s'y rajoute. L'étiologie de ce cancer est peu connue. Il n'a pas de symptômes qui lui appartiennent en propre, il a évolué, comme une tumeur bénigne, dans la moitié des cas observés. Sa généralisation est l'exception. Elle n'a été vue qu'une fois, dans un chondrosarcome. Le diagnostic offre une double difficulté : La tumeur est-elle ganglionnaire ou glandulaire ? La tumeur glandulaire solide est-elle maligne ? Le pronostic, moins grave que celui du cancer des autres glandes salivaires, est plus sérieux dans le sarcome et le carcinome que dans l'épithélioma. On peut presque toujours enlever la tumeur qui n'a pas de tendance à récidiver.

Des fractures de l'olécrane et en particulier des fractures compliquées, par le Dr Latière (Thèse de Paris).

M. Latière fait une monographie complète des fractures de l'olécrâne. Elles sont de causes directes ou indirectes. Dans la première variété, l'olécrane pris entre le sol et le poids du corps se brise. Dans la deuxième, la contraction ou la tension du triceps arrache cette apophyse. Chez le vieillard, atteint d'ostéoporose, l'extension forcée de l'avant-bras amène aussi la fracture olécranienne. Sauf les cas d'arrachement du plateau ou du bec, les fractures simples de l'olécrâne sont articulaires, accompagnées par suite d'hémarthrose. Les fractures compliquées toujours directes et dues à un traumatisme violent sont graves par cela même ; mais moins aujourd'hui qu'autrefois grâce à l'antisepsie. Dans les fractures simples après avoir immobilisé en flexion, il faut lutter contre l'épanchement, modéré par l'application d'un vésicatoire, abondant par la ponction capillaire. Dans les fractures compliquées on pansera antiseptiquement, on suspendra le bras dans une double gouttière, l'une externe en fil de fer, l'autre interne renfermée dans la précédente, et formée de courroies en toile. C'est un excellent moyen qui calme la douleur, permet de panser le bras soutenu par la gouttière interne, après avoir enlevé l'externe.

Kystes a grains uniformes du poignet et de la main, par le Dr Sémiac (Thèse de Paris 1888).

Autrefois l'intervention chirurgicale dans les kystes à grains riziformes du poignet et de la main amenait souvent des résultats mortels. Aujourd'hui la cure radicale de cette affection donne des succès grâce à la méthode antiseptique. Elle doit être tentée toujours et le plus tôt possible. A cet effet, après avoir ouvert le kyste par une incision longitudinale de 4 centimètres, on excisera une partie de sa paroi, on raclera avec la curette de Volkmann, le reste, on drainera la plaie, on fera un pansement antiseptique. L'opération réussit toujours ; mais l'affection est sujette à récidiver à cause de sa nature tuberculeuse.

De quelques phénomènes nerveux observés a la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen, par le Dr Bentejac (Thèse de Paris).

M. Bentejac étudie une série de phénomènes variés qu'on a observés à la suite des opérations pratiquées sur le péritoine et les organes contigus. Ce sont des vomissements, du météorisme, des troubles cardio-vasculaires, de la dyspnée, de la sialorrhée, du gonflement des seins, de la sécrétion lactée, des paralysies diverses, enfin des symptômes de pseudo-péritonite. Tous ces phénomènes sont pour l'auteur d'origine réflexe. Ils sont dus à l'excitation des nerfs, qui se rendent aux différents organes de la cavité abdominale, par le traumatisme chirurgical. Sous l'influence de ce traumatisme ces nerfs réagissent comme ils le font dans les expériences physiologiques.

Des tumeurs stercorales en obstétrique, par le Dr Letenneur (Thèse de Paris).

M. Letenneur étudie les tumeurs stercorales en obstétrique à propos d'une observation fort curieuse. Chez une femme, au

terme d'une grossesse, on constate une tumeur de consistance dure. Elle occupe la moitié gauche de l'abdomen et le bassin. Elle refoule, hors de l'excavation l'utérus gravide qui fait saillie dans la moitié droite de la cavité abdominale et applique l'une contre l'autre les parois du vagin. On pense à un fibrome ou à une malformation du bassin et, comme le travail durait depuis quarante-huit heures, on songe à l'opération césarienne. Mais on reconnait qu'il s'agit d'une accumulation considérable de fèces dans le gros intestin excessivement dilaté chez une femme ayant eu une imperforation congénitale du rectum opérée à la naissance et présentant encore un rétrécissement valvulaire à l'union de l'anus et du rectum. On vide le gros intestin des matières stercorales à l'aide de la main introduite dans le tube intestinal. L'accouchement se termine aussitôt.

Souvent, dit M. Letenneur, comme dans l'observation précédente, les tumeurs stercorales reconnaissent pour cause une malformation congénitale de l'anus et du rectum. Elles donnent lieu à des troubles généraux et locaux susceptibles d'entraver la grossesse; mais parfois celle-ci continue son cours. Au moment de l'accouchement, elles peuvent suspendre le travail. Dès qu'on a reconnu leur existence (ce qui est difficile parfois), il faut vider l'intestin. L'accouchement se fait alors spontanément.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉCIDIVE DES SARCOMES DES MEMBRES, par le Dr PATRON (Thèse de Paris).

Dans ce travail, où 132 observations sont consignées, M. Patron expose l'influence heureuse de l'intervention chirurgicale pour les sarcomes des membres.

Le nombre des guérisons obtenues par l'opération est presque le double de celui des récidives. Celle-ci est d'ailleurs d'autant plus à craindre que le malade est plus jeune et que le sarcome a eu un développement plus rapide. Elle n'aggrave pas beaucoup le pronostic de l'affection. La moyenne de la durée de la guérison est suffisante pour justifier l'intervention chirurgicale, même dans les sarcomes récidivés.

Le choix de l'opération n'a pas autant d'influence sur le résultat, que l'âge et le développement du sarcome.

EXTIRPATION DE QUELQUES TUMEURS DE LA FACE PAR LE MORCELLEMENT ET LES PINCES EMPORTE-PIÈCES, par le Dr MOULONGUET (Thèse de Paris, 1889).

On peut, dans l'ablation des tumeurs faciales, qui ont lésé les os, réséquer les parois osseuses des cavités de la face sans ouvrir ces cavités, sans toucher à la fibro-muqueuse saine qui les tapisse. Agir ainsi offre de grands avantages. La conservation de la fibro-muqueuse diminue la difformité. Elle est un élément important de succès, si l'on a plus tard recours à une autoplastie. Elle active la cicatrisation de la plaie opératoire. Le morcellement de la tumeur avec les pinces emporte-pièces de M. Péan facilite l'opération.

DE LA RECTOTOMIE POSTÉRIEURE PRÉLIMINAIRE OU EXPLORATRICE, par le Dr ALBESCO (Thèse de Paris, 1888).

La rectotomie postérieure préliminaire doit se faire au thermo-cautère. L'emploi du thermo-cautère est préférable à celui de l'écraseur linéaire, de la ligature élastique, du bistouri parce qu'il est hémostatique, détermine une inflammation modérée, jamais suivie ni de phlébite, ni de gangrène, ni de rétrécissement secondaire. La rectotomie est indiquée : 1° pour les cancers rectaux élevés qu'elle permet de traiter d'une façon palliative; 2° pour la guérison des fistules recto-vésicales, recto-vaginales, recto-uréthrales; 3° pour l'extraction des corps étrangers.

L'opération, facile à pratiquer, est par elle-même inoffensive. « Elle doit, conclut l'auteur, entrer dans la chirurgie courante du rectum au même titre que l'incision exploratrice pour les tumeurs abdominales ».

DE LA DÉSARTICULATION DU COUDE AVEC RÉSECTION DES SAILLIES ARTICULAIRES DE L'HUMÉRUS, par le Dr RAOUL (Thèse de Paris).

La désarticulation de l'avant-bras est toujours préférable à l'amputation du bras à son tiers inférieur : 1° Elle est moins souvent suivie de mort; 2° Laissant le bras plus long, elle donne plus de puissance au levier qu'il représente; 3° Conservant les éminences latérales, elle assure la fixité d'un appareil prothétique. Chaque fois que la longueur des parties molles sera suffisante, c'est elle qu'il faudra pratiquer. Est-elle impossible? on doit, si la peau est encore assez longue, recourir à la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires. Cette opération offre les avantages de la désarticulation, mais demande un centimètre de tégument en moins.

Pour la pratiquer, faire une incision circulaire comme dans la désarticulation ordinaire, mais à 1 ou 1 centimètre et demi plus haut; scier la trochlée et le condyle au ras des tubérosités humérales; réséquer avec des pinces coupantes le cartilage saillant tout autour de la surface de la section osseuse; réunir par des sutures au catgut : 1° les muscles; 2° la peau, de façon que la cicatrice soit non pas transversale, mais antéro-postérieure.

Dr Eugène COHEN.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX ET LOCAUX CONSÉCUTIFS A LA MORSURE D'UNE VIPÈRE A CORNES (cerastes ægyptiacus), par le Dr Charles AMAT, médecin-major.

La vipère à cornes, bien connue de tous les Européens qui ont franchi les limites du Tell, mesure 60 centimètres de long environ sur 8 à 10 de circonférence. La tête, très aplatie, triangulaire, offre au-dessus de chaque arcade sourcilière un prolongement de la peau en forme de corne de 5 à 7 millimètres de hauteur. La bouche largement fendue renferme quatre dents à crochets placées à la mâchoire supérieure. Habituellement blottie dans le sable sous quelque fragment de roche, elle est d'autant plus à craindre qu'on l'aperçoit plus difficilement à cause de sa couleur grise. Très redoutée des Arabes, il est néanmoins assez rare d'être appelé auprès d'eux et de se trouver à même d'observer la marche des phénomènes consécutifs aux morsures. A ce titre nous croyons devoir publier l'observation ci-après.

Le nommé C... Jean, du 4e zouaves, faisant partie en 1881 de la colonne de Taguin, était de garde aux avant-postes le 26 août au soir lorsqu'il fut subitement pris de violentes angoisses, de nausées atroces, suivies de vomissements incoercibles. Convert de sueurs froides, le regard atone, ne répondant pas aux questions de ses camarades, il est apporté sans retard à l'ambulance. Pouls déprimé, respiration lente et suspirieuse, yeux excavés : couvertures, briques chaudes, potion éthérée opiacées. On nous apprend que C... a la manie de chercher des serpents et qu'il s'est amusé à fouiller une partie de la soirée le sol caillouteux. Léger œdème de la main droite mais pas trace de morsures.

27 août. Phénomènes généraux alarmants durant une grande partie de la nuit, sont très amendés ce matin. Le pouls est

redevenu plus ample et plus fréquent; un peu de moiteur. Tuméfaction considérable de la main et de l'avant-bras. Peau tendue, luisante, marbrée, quelques phlyctènes. Boissons chaudes alcooliques, potion à l'acétate d'ammoniaque. Bain local antiseptique, cataplasmes phéniqués.

A la face palmaire de l'annulaire et au niveau du pli supérieur se voient deux petites plaies enflammées et douloureuses produites assurément par les crochets vénimeux d'un reptile. Petit débridement et cautérisation profonde plusieurs fois répétée à l'aide d'un stylet trempé dans l'acide phénique très concentré.

Le bras participe le soir à la tuméfaction. Engorgement des ganglions axillaires. T. 38°,5. Le malade nous apprend qu'il a été en effet mordu au doigt par une vipère à cornes mal saisie.

Le 28. La tuméfaction n'a pas fait de nouveaux progrès, les phlyctènes de la main et de l'avant-bras se sont un peu étendues. Issue d'une sérosité abondante par les piqûres légèrement accuminées et notablement élargies. Douleur locale augmentée par mouvements et par pression, T. 38° matin et 39°,2 le soir;

Le 29. Un peu d'agitation nocturne, C... se plaint de souffrir beaucoup. Tension du bras paraît avoir un peu diminué. T. 38°. Soir. Détente marquée de tous les symptômes. T 38°,5.

Le 30. Sommeil léger entrecoupé par des élancements perçus au niveau de la piqûre où se montre une teinte noirâtre. Le doigt reste toujours enflé en forme de boudin. Pas de fièvre. Il se forme une eschare à l'endroit mordu. Bains locaux et cataplasmes phéniqués. Soir T. 38°,2.

Le 31. La tuméfaction n'est pas localisée qu'à la main et surtout à l'annulaire. La plaque de sphacèle fait de tels progrès qu'elle finit par intéresser et ouvrir les articulations de la troisième avec la deuxième phalange et de cette dernière avec la première.

L'aboutissant est une amputation du doigt faite le 6 septembre avec section oblique de la tête du métacarpien correspondant. C... pût être évacué dix jours après sur Boghar complètement guéri.

On ne saurait méconnaître la gravité des accidents ci-dessus relatés. Nous sommes convaincu que la mort aurait pu survenir sans notre thérapeutique dont le but a été de relever les forces et de combattre les effets dus à l'absorption du venin. Des observations nombreuses sont venues démontrer qu'il fallait en rabattre des affirmations émises jadis par Ch. Robin et que la morsure des vipères en général donnait non seulement lieu à des accidents graves rappelant ceux du phlegmon diffus gangréneux, mais encore qu'elle pouvait entraîner la mort.

Et s'il en était besoin nous renverrions le lecteur aux nombreuses communications de M. Frédet (de Clermont), et plus particulièrement à celle qu'il fit en mars dernier à l'Académie de médecine.

Contribution a l'étude de la tuberculose aigue dans les articulations (hydarthrose tuberculose aiguë) par R. Chamorro. Thèse de Paris, 1888.

L'étude attentive des faits cliniques démontre que la tuberculose peut envahir les articulations en affectant comme pour tous les autres organes un processus soit aigu, soit chronique. La tumeur blanche relève de ce dernier; quant au premier désigné sous le nom d'arthrite tuberculeuse, de miliaire aiguë, de granulie des articulations, pour être de beaucoup le moins fréquent, il n'en est pas moins nettement caractérisé par un semis de granulations à la face interne de la synoviale, par un épanchement abondant et par des phénomènes inflammatoires intenses.

L'hydarthrose tuberculeuse aiguë, généralement mono-articulaire et presque toujours secondaire se montre de préférence chez les sujets atteints de tuberculose osseuse. Ayant des symptômes comparables à ceux de l'arthrite simple aiguë, rhumatismale ou blennorrhagique, son diagnostic ne pourra être le plus rétrospectif. Absolument curable en certains cas, elle aboutit le plus fréquemment à la tumeur blanche et paraît être une phase de début plutôt qu'une forme de la tuberculose articulaire.

Ch. Amat.

LE MOIS DES CONGRÈS

Septième Congrès international d'hygiène et de démographie. — Premier congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

Nous sommes en pleine période de congrès. Depuis quelque vingt ans, la mode, d'aucuns diraient la manie des congrès va s'étendant, se généralisant. Mais jamais jusqu'ici les fanatiques des meetings scientifiques ne s'étaient trouvés à pareille fête. Quelle multiplicité, et quelle variété dans ces réunions presque toutes internationales. Et combien leur succès démontre le besoin et même la nécessité de la spécialisation de nos études, surtout en médecine!

Au lendemain du Congrès de l'Assistance publique, nous avons eu celui de la thérapeutique et celui de la médecine mentale; à la veille du Congrès de médecine légale, de celui d'ophthalmologie, et de la réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences; nous avons eu, dans la même semaine, aux mêmes jours et aux mêmes heures, deux congrès intéressant l'un et l'autre la médecine et presque à un égal degré, je veux parler du Congrès d'hygiène et de démographie qui a tenu ses assises à la Faculté de Médecine et du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie qui s'est réuni à l'hôpital Saint Louis.

C'était pour la 7e fois que les hygiénistes se réunissaient en congrès international. Et il est encore facile d'en établir de mémoire la filiation bisannuelle : Bruxelles en 1876 ; Paris en 1878; Turin en 1880; Genève en 1882; La Haye en 1884; Vienne en 1887 ; et enfin Paris à l'occasion de l'Exposition et en attendant la 8e réunion à Londres en 1891. Les assises précédentes des hygiénistes avaient été fort brillantes, mais ne sauraient se comparer par l'éclat à celles qui viennent de se tenir à Paris. Plus de 700 adhérents (705) avaient répondu à l'appel du comité d'organisation ; quatre à cinq cents ont fait acte de présence réelle. Le congrès a été officiellement ouvert le dimanche 4 août à 4 h. dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine par un discours magistral du doyen de la Faculté, M. Brouardel, président du congrès. Les délégués des grandes nations voisines, M. Douglas-Galton au nom de l'Angleterre, le professeur Crocq qui avait présidé le Congrès de Bruxelles, au nom de la Belgique, le professeur Pacchiotti de Turin, président du 3e Congrès, au nom des hygiénistes, italiens, le Dr Félix, de Bucharest, pour la Roumanie, le Dr W. de Dekterew, pour la Russie, M. Alv. Mariano-Belmas, pour l'Espagne, ont pris successivement la parole.

Le président du Conseil municipal, M. Chantemps s'est alors levé pour souhaiter, au nom de la ville de Paris, la bienvenue aux hygiénistes de tous les pays, et le secrétaire général du

congrès, M. H. Napias a fait connaître le programme des travaux.

Les hygiénistes ont été groupés en huit sections : 1° hygiène de l'enfance ; 2° hygiène urbaine et rurale ; 3° bactériologie appliquée à l'hygiène et épidémiologie ; 4° hygiène industrielle et professionnelle ; 5° hygiène international et police sanitaire ; 6° hygiène alimentaire ; 7° démographie ; 8° crémation.

Il y avait deux séances par jour, le matin à 9 heures et l'après-midi à 2 heures. Depuis le lundi 5, jusqu'au samedi 10 exclusivement, quatre ou cinq sections tenaient séance simultanément.

C'est dire combien ont été nombreuses et variées les communications. Je ne saurais donc les énumérer. Le mercredi a été pour les congressistes un jour d'intermède et des plus agréables : il a été consacré à faire un voyage à Reims où la municipalité et la compagnie des Eaux-Vannes nous invitaient à aller visiter les nouveaux travaux destinés à détourner les eaux d'égout de la Vesle en les utilisant à augmenter le rendement agricole de la vaste plaine qui s'étend au sud de la ville.

De ces nombreuses séances du Congrès d'hygiène, des discussions qui ont eu lieu dans les diverses sections, il en est résulté un grand nombre de vœux dont M. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint nous a donné lecture et que M. Brouardel a soumis à notre approbation dans la séance de clôture. De ces vœux, beaucoup ne s'appliquant qu'à la France ne pouvaient pas être votés par un congrès international, quelques-uns étaient trop vagues, d'autres faisaient double emploi. Aussi a-t-on dû les renvoyer à l'examen d'une commission qui sera chargée de choisir, d'élaguer et de concentrer en un ensemble de *desiderata* le résultat des travaux du 7° congrès d'hygiène et de démographie. Et s'il n'en ressort pas immédiatement de grands bienfaits pour la médecine publique, le Congrès d'hygiène mérite au moins qu'on lui rende ce témoignage d'avoir travaillé avec ardeur à l'amélioration de nos conditions d'existence.

Ce n'est pas exclusivement et bien s'en faut parmi les médecins que l'hygiène recrute ses adeptes. La portée est très grande, son champ est des plus vastes, ses services dans la société sont de tous les instants.

Les visées d'un congrès de dermatologie, même quand la syphiligraphie vient s'y ajouter, sont forcément plus modestes, moins ambitieuses. Mais au point de vue de la science médicale pure les études qui se rapportent à ce double cadre n'en sont pas moins importantes. Toutes proportions gardées, le Congrès de l'hôpital Saint-Louis a été aussi brillant que celui de la Faculté. Dans le vieil hôpital de Henri IV et de Louis XIII, ce n'était pas à une *reprise* que nous étions conviés, c'était à une *première* comme on dit au théâtre ; je dirai mieux c'était à une double première que l'on a assisté. En effet, outre que c'était le premier Congrès international de dermatologie que l'on réunissait, on inaugurait solennellement le nouveau musée de l'hôpital Saint-Louis.

Ce musée on le sait, est unique au monde ; et M. le Directeur de l'Assistance publique en ouvrant les séances du Congrès, nous en a retracé l'histoire depuis le jour où M. Lailler découvrant dans un passage à côté du boulevard M. Baretta qui modelait des fruits, l'appelait à Saint-Louis pour lui confier des préparations dermatologiques. M. le Dr Peyron nous a montré ensuite M. Baretta installé à Saint-Louis par M. Husson, développant son talent, multipliant ses services et arrivant progressivement à produire ce merveilleux ensemble de pièces dermatologiques sans rivales.

Après quelques mots de bienvenue adressés par le vénéré maître M. Ricord aux membres du Congrès, M. le professeur Hardy, président effectif, a pris la parole pour exposer le programme des travaux à accomplir ; il a remercié les dermatologistes étrangers d'être accourus en si grand nombre à l'appel du comité d'organisation sans oublier d'en témoigner sa reconnaissance au secrétaire général ; le Dr Henry Fenlard qui a su faire des prodiges dans l'œuvre de préparation de ce congrès et la mener à bonne fin.

Nous ne saurions ici même résumer les nombreuses communications qui ont été faites par les premiers dermatologistes et par les plus grands syphiligraphes de la France et de l'étranger. Le succès a été tel qu'au début de sa dernière séance (le samedi soir, 10 août) M. Unna, de Hambourg, puis M. Ernest Schwimmer, de Buda-Pesth, puis M. Malcom Morris, de Londres, ont présenté, chacun de leur côté, une proposition tendant à perpétuer les congrès de dermatologie et de syphiligraphie. Après des votes successifs il a été décidé : 1° Que les congrès internationaux de dermatologie et de syphiligraphie se réuniront périodiquement ; 2° Qu'ils se réuniront tous les trois ans ; 3° Que le prochain congrès se réunira à Vienne en 1892 (la ville de Vienne a été choisie par 52 suffrages, Londres en a eu 37, et Hambourg 1.)

N'auraient-ils pas d'autre résultat que d'unifier la langue dermatologique, de codifier les recherches individuelles, de dresser une sorte d'acte civil affirmant l'existence légitime de telle ou telle espèce morbide en reniant les prétentions de telle autre entité fantaisiste, que les congrès de dermatologie rendraient de grands services à la science.

Signalons une autre manifestation du mouvement dermatologique. En dehors ou mieux à côté et surtout à l'occasion de ce premier congrès, une Société française de dermatologie vient d'être fondée. Les dernières assises ont été posées le 8 août, chez M. Ricord, président honoraire. Cette société se réunira deux fois par an. La 1re session se tiendra le jeudi, le vendredi et le samedi après Pâques. La 2e session aura lieu dans la dernière semaine d'octobre, sous les auspices de MM. Ricord, Hardy, Diday, Fournier, Besnier, Rollet, présidents et vice-présidents, avec M. E. Vidal comme secrétaire général ; cette nouvelle société ne saurait que prospérer.

C'est notre conviction et c'est notre désir.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Labat. — Cure radicale de l'hydrocèle simple par les injections d'acide phénique pur.

M. Bresson. — Emplâtre mercuriel ou affections tuberculeuses des os synoviales.

M. Vigne. — Des fistules anales chez l'enfant.

M. Defrance. — Contribution à l'étude de la déchirure partielle des parois des artères.

M. Pailhas. — Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée ; symptômes ; Diagnostic ; traitement. (Pneumotomie).

M. Rougier. — Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme.

M. Ardouin. — Déchirures vagino-périnéales.

M. Guillot. — Des paralysies faciales d'origine pétreuse.

M. Dudley Tait. — Etude sur la lanoline.

M. Archagouni. — Forme perforante de l'ulcère simple de l'estomac.

M. Voyer. — Recherches sur les tumeurs des glandules salivaires de la muqueuse buccale.

M. Lebouc. — Etude clinique et anatomique sur quelques cas de tumeurs sous-unguéales.

M. Moreau. — Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques.

M. Hodeau. — Accidents à distance qui se produisent au cours certaines affections du gros intestin.

M. Sirot. — Contribution à l'étude de l'urémie digestive.

M. Pognou. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la maladie ourlienne.

M. Decourteix. — Fièvre typhoïde sudorale.

M. Jornouen de Villartay. — Gareugeot, sa vie, son œuvre, avec notes historiques.

M. Freulou. — L'arrondissement de Château-Gontier, sa topographie médicale, son hygiène, ses épidémies.

M. Hirschberg. — Massage de l'abdomen.

M. Dubus. — Emploi de l'électro-aimant dans la chirurgie oculaire.

M. Banvillet. — Du décollement rétinien.

M. Devillers. — Quelques variétés rares d'entorses.

M. Chaffard. — Contribution à l'étude des voies lacrymales.

M. Falleu. — Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades.

M. Barneiche. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'imperforation de l'hymen.

M. Philippe. — Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme.

M. Petit. — Des blessures par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 AOUT 1889.

Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 0. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, 37. — Autres, 1. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 34. — Bronchite aiguë, 24. — Bronchite chronique, 14. — Broncho-pneumonie, 11. — Pneumonie, 36. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 26. — Biberon, 112. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 9. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 30. — Suicides, 29. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 8. — Total : 972.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REMARQUES ET FAITS CLINIQUES RELATIFS A L'OPÉRATION DU TRÉPAN

par P. Thiéry, interne à la Pitié. (1)

S'il est une opération qui ait tour à tour joui d'une faveur immodérée pour tomber dans un injuste oubli, c'est assurément la trépanation dont l'histoire n'a peut-être d'égale que celle de la saignée. Employée journellement de 1700 à 1800 et il faut le dire, aussi grave que fréquente à cette époque, elle n'a été remise en honneur après sa chute que grâce aux doctrines de l'antisepsie et à la juste revendication de M. le professeur Le Fort.

La question est encore à l'étude et nous présentons avec quelques réflexions un cas d'échec de cette opération, car M. Verneuil notre excellent maître pense justement que les publications contiennent trop souvent les cas favorables au détriment d'une statistique exacte et sévère.

Lorsque nous consultons ces statistiques et elles sont des plus nombreuses, nous sommes frappés de ce fait que la trépanation donne en chirurgie d'armée des résultats bien supérieurs à ceux que l'on obtient dans la pratique civile et il est facile d'en trouver la raison si nous nous reportons à quelques points de l'enseignement de notre maître (clinique du 20 mai 1889) que nous voulons placer en tête de cette courte note sur la trépanation :

On peut dans les plaies pénétrantes du crâne on dans les grands traumatismes avoir affaire à plusieurs cas :

1° Lésions à un seul foyer siégeant au point du traumatisme.

2° Lésion à deux foyers l'un au point contus, l'autre au point diamétralement opposé : contusion bipolaire de M. Verneuil.

3° Lésion à foyers multiples.

Dans la première série, la guérison après trépanation est commune; dans les deux autres la trépanation est inutile si elle n'est pas dangereuse.

On comprend dès maintenant pourquoi les plaies de guerre qui produisent un traumatisme limité sont plus souvent justiciables de l'intervention qu'il y ait fracture, hémorrhagie on abcès du cerveau; pourquoi dans la pratique civile les cas de grands traumatismes des ouvriers sont défavorables à l'application du trépan, les lésions étant moins souvent localisées au point contus et comment dans ces cas la trépanation indispensable dans les larges enfoncements, dans les hémorrhagies d'une méningée, utile s'il y a fissure et difficulté de traiter antiseptiquement la fracture, dans les décollements localisés de la dure-mère encore, devient tout à fait inutile

(1) Ce travail était écrit et remis à l'impression lorsque s'éleva à la Société une intéressante discussion sur le même sujet (juillet 1887) à propos d'une observation de M. Tillaux; nous n'avons donc pu faire mention des diverses opinions qui y ont été émises et qui sont consignées dans les bulletins de cette Société.

FEUILLETON

Quelques publications médicales sur la Russie.

Parce que nous, Français, sommes peu au courant des travaux scientifiques qui se font en Russie et de l'état de l'enseignement de la médecine dans ce vaste pays, est-ce à dire qu'on n'y travaille pas? Assurément non. Il faut bien en convenir.

Si beaucoup de Russes lisent et parlent la langue française, le nombre de nos compatriotes capables de comprendre un journal moscovite est fort restreint. Peu portés déjà que nous sommes de de par notre nature à regarder et à étudier ce qui se passe en dehors de notre petit horizon, il semble que notre indifférence et aussi notre ignorance augmentent avec l'intervalle kilométrique qui nous sépare d'un peuple, si sympathique soit-il. Ce sont là autant de raisons pour expliquer, non pour excuser, le peu de connaissances sérieuses que nous avons sur l'étude de la pratique et de la médecine chez les Russes. Et cependant, pourrait-on ne pas apporter un grand intérêt à contempler les efforts que fait ce peuple jeune sur lequel sont venus se greffer et auquel viennent tous les jours encore s'ajouter des populations hier encore barbares?

Généreux, accueillants, assoiffés de savoir, cherchant à se mettre au niveau intellectuel des races plus anciennes par la civilisation, les Russes se rapprochent de nous par bien des côtés; il est donc du devoir de la France, il est dans le caractère français, non seulement d'apprécier mais surtout d'encourager des efforts aussi dignes d'éloges. Mais lorsque ces efforts ont commencé de produire des fruits, il y a mieux à faire : on doit applaudir. Nous allons montrer que ces applaudissements ne sont pas immérités en résumant le contenu de trois brochures que nous avons sous les yeux.

I. — La première n'est autre que le rapport (1) adressé au Ministre de l'Instruction publique par M. F. Raymond, agrégé de la Faculté de Paris et médecin à l'hôpital Saint-Antoine. Chargé par le ministre d'une mission en Russie pour y examiner l'organisa-

(1) Brochure grand in-8° de 80 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1889.

sinon dangereuse dans les lésions multiples dites par contre coup ou à distance.

N'étaient les bienfaits de l'antisepsie, n'était la connaissance des localisations cérébrales, la trépanation ent été bien vite abandonnée. Nous avons donc à nous demander quelles sont précisément les relations qui existent entre la localisation symptomatologique et la diffusion des désordres craniens.

Or, c'est une question qui est de vieille date déjà : c'est la querelle des physiologistes sur l'existence localisée ou diffuse du centre psycho-moteur. Elle est résolue expérimentalement aujourd'hui, mais il y a une différence notable entre les faits cliniques et les expériences de laboratoire : on publie les observations concluantes parce que le fait même de la localisation psycho-motrice reconnue à l'examen clinique entraîne la guérison du malade dans bien des cas, mais à côté de ces faits indéniables, trop rares peut-être, il en est bien d'autres où cette localisation, tout apparente qu'elle fût, n'a point donné tout ce qu'on en pouvait attendre et ce sont ces cas qu'il faut connaître. Nous n'avons point la pensée de jeter un discrédit sur ces tentatives, mais nous pensons avec M. Verneuil que c'est avec des faits cliniques seuls que l'on peut arriver à poser les indications et les contre-indications de la trépanation, à restreindre les unes ou les autres, car s'il faut de la hardiesse chirurgicale on n'en doit pas moins regarder toute opération inutile comme au moins mauvaise, quelquefois comme dangereuse.

C'est comme contribution, si faible fût-elle, à la solution de cette question que nous publions un cas intéressant que nous venons de recneillir dans le service du professeur Verneuil.

Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans. M. C. qui entra salle Lisfranc n° 28 le 18 mai à la visite du matin.

Assise sur le bord d'un trottoir, en état d'ébriété vraisemblablement elle vient d'être renversée violemment par une voiture au moment où on l'amène dans le service.

Outre les nombreuses contusions disséminées sur tout le corps elle présente deux plaies contuses assez étendues situées immédiatement en arrière des deux bosses pariétales, l'une à droite avec dénudation de l'os, l'autre à gauche sans dénudation, mais avec épanchement sanguin notable ; on ne sent ni fêlure ni fracture : il y a eu écoulement sanguin par le nez ; rien du côté du conduit conditif externe ; pas d'ecchymose pharyngée ; l'ecchymose conjonctivale très discrète n'est apparue que le lendemain de l'entrée.

L'état général est des plus graves : le coma est complet, la respiration stertorense : nous ne ponvons élucider la question d'état alcoolique aigu. La température à l'entrée est de 36° ; pas de paralysie des membres qui réagissent sous une forte excitation.

En présence de cet état, de l'hypothermie principalement, M. le professeur Verneuil croit devoir s'en tenir à l'expectation. Antisepsie auriculaire. Tood. Opinm.

Le 19 et le 20 mai l'état ne s'améliore pas : la malade ne répond pas aux questions, elle ne prend aucune nourriture. Soumise au traitement par l'opium, la température oscille entre 37 et 37°. Rien de nouveau du côté des membres : la malade urine dans son lit et va à la selle.

Le 21. Légère amélioration : elle répond à quelques questions mais l'intelligence est toujours obtuse. La température se maintient au même degré.

Le 24. L'amélioration est considérable : elle demande du vin et peut supporter un peu de Tood : elle profère des injures envers le personnel du service et paraît avoir de l'amnésie des chiffres, ne peut dire son âge, le numéro de sa maison, l'année, etc... La plaie du côté droit est en bonne voie de cicatrisation ; à gauche l'os reste dénudé ; somme toute le bénéfice de l'expectation semble s'affirmer quand le 25 au soir la malade tombe de nouveau dans le comâ ; et lorsque nous la voyons le 26 au matin elle est en résolution : cependant de fortes excitations amènent une réaction des membres sauf du membre supérieur droit dont la parésie semble bien nette. Etat grave ; respiration stertoreuse, inconscience sensorielle, langue noire et sèche ; odeur spéciale de l'haleine. Le soir la température présente une ascension de 39° et le lendemain matin on nous apprend qu'elle a eu des convulsions à sept reprises différentes pendant la nuit.

Ce matin 27 mai la température est à 40° : il y a paralysie du membre supérieur droit et M. Verneuil discute la question du trépan qui est indiqué par l'encéphalite probable localisée peut être à droite au centre moteur du membre supérieur gauche.

L'opération fut simple ; pas d'anesthésie à cause de l'état grave de la malade ; on profite des plaies cutanées pour l'application du trépan. M Verneuil applique une première couronne de près de 0 m. 02 de diamètre à droite : la dure-mère n'est pas soulevée : cependant on l'incise crucialement à canse de son aspect violacé, et il s'écoule du sang absolument noir provenant d'un léger épanchement sous la dure-mère, à gauche et au point contus, nouvelle couronne de trépan : la rugination préalable de l'os ne permet d'apercevoir aucun trait de fracture : la dure-mère saine n'est pas incisée.

Pansement antiseptique.

---

tion de l'étude des maladies du système nerveux, M. Raymond a résumé avec la compétence qu'on lui connait, les résultats déjà obtenus dans cet ordre de connaissance par les divers centres universitaires de l'Empire.

En laissant de côté l'Université de Dorpat, dont M. Raymond ne parle même pas (probablement parce que c'est une Université de langue allemande et d'enseignement germanique, quoiqu'elle soit située en Russie), l'étude de la médecine compte comme centres d'instruction en Russie : Saint-Pétersbourg, Moscou, Karkoff, Kiew, Kazan et Varsovie. De plus, l'an dernier, une université a été installée en Sibérie, à Tomsk. Enfin à Odessa quoiqu'il n'y existe pas de faculté de médecine, un enseignement très suivi est consacré aux maladies du système nerveux.

Dans l'empire Russe, chaque Université complète comprend quatre Facultés : 1° *Faculté des lettres*; 2° *Faculté des sciences physico-mathématiques* (mathématiques pures ; physique, chimie, histoire naturelle) ; 3° *Faculté de droit*; et 4° *Faculté de médecine*.

Dans l'ancien régime, l'année scolaire n'était pas divisée, elle embrassait les douze mois consécutifs, et à la fin de chaque année, les étudiants devaient passer un examen sur les sujets qui avaient été enseignés pendant cette période scolaire. La durée des études était de quatre ans dans toutes les facultés, excepté à la Faculté de médecine, où cette durée était de cinq ans.

Le nouveau régime vient de changer cet état de choses : « L'année scolaire est maintenant divisée en deux semestres. Les examens de fin d'année sont supprimés ; mais, pendant toute la durée de ses études, l'étudiant est soumis à la surveillance des professeurs et de leurs aides ; il est obligé d'assister à tous les cours de chaque semestre, aussi bien qu'aux travaux pratiques et aux leçons cliniques. A la fin de chaque semestre, l'étudiant est tenu, avant de se faire inscrire pour le semestre suivant, de fournir des certificats d'assiduité délivrés par les professeurs sous la direction desquels il a travaillé. Il ne peut interrompre ses études pendant une durée de plus de quatre semestres ; ceux qui ont laissé passer cet intervalle, sans faire acte de solidarité, c'est-à-dire sans pren-

(1) Dans cette Université, le Droit seul est enseigné en langue russe, Dorpat est une ville de la Livonie, qui est cependant assez proche de Saint-Pétersbourg pour que son université, d'ailleurs très florissante, soit comptée au nombre des centres d'enseignement de la Russie.

La malade est reportée à son lit : aussitôt après l'opération la température tombe de 40° à 37°8 pour remonter à cinq heures du soir à 40° 6.

La malade meurt à 6 heures du soir.

Autopsie faite le 9 mai. — 40 heures après la mort. Pour diverses raisons les constatations n'ont porté que sur les lésions céphaliques.

Au moment où nous dénudons le crâne pour en pratiquer l'ouverture à *la scie* nous constatons un trait de fracture très net qui part de la couronne de trépan faite à gauche, descend à travers le pariétal traverse la fosse sphéno-temporale, gagne le trou ovale et atteint le sphénoïde par les parties latérales de la selle turcique : il divise complètement le corps du sphénoïde remonte ensuite sous forme de félure, divise les deux apophyses clinoïdes antérieures, traverse la gouttière optique, gagne la lame criblée de l'ethmoïde et aboutit enfin à l'apophyse crista-galli où il vient se perdre. Mais sur les parties latérales de la fosse sphéno-temporale le trait de fracture s'est bifurqué et sa partie postérieure a gagné le rocher dont il a enlevé un copeau au niveau de la face antérieure de cet os et de là a regagné le trait principal de fracture au niveau du trou ovale.

En résumé les lésions osseuses de ce côté comportent une fracture du pariétal, de temporal, du sphénoïde et de l'ethmoïde le tout consistant en une félure sans disjonction des os.

Pas de lésion osseuse à droite.

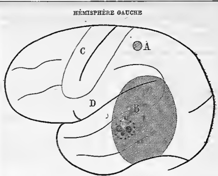
La calotte crânienne étant enlevée et avant d'inciser la dure-mère nous trouvons un épanchement sanguin très notable siégeant exactement au niveau de la fosse temporale gauche, repoussant la dure-mère et déprimant le cerveau qui, ainsi que nous l'avons constaté en avait gardé l'empreinte. Cet épanchement aplati a une épaisseur de 0 m. 01 1/2 environ et un diamètre de 0 m. 05 : il est composé exclusivement de caillots.

Aucune lésion méningée apparente.

La dure-mère étant incisée nous trouvons une congestion très notable de toute la pie-mère quoique sans méningite diffuse ; une dépression du lobe sphéno-temporal gauche produite par l'épanchement sus-dural ; une suffusion sanguine subdurale concrétée en caillots de la région temporo-pariétale droite située un peu au-dessous de la couronne du trépan.

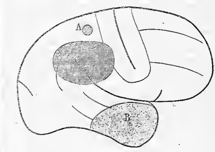
Enfin, fait qui explique amplement l'élévation de température qui est survenue dans les deux derniers jours, nous constatons une attrition complète du côté du lobe temporo-sphénoïdal droit, intéressant presque toute l'épaisseur de la paroi externe de la corne ventriculaire. Nous avons voulu nous rendre compte de la topographie cranio-cérébrale des couronnes du trépan : la

HÉMISPHÈRE GAUCHE



A. — Point où a porté la couronne de trépan.
B. — Points comprimés par l'épanchement sus-dural.
C. — Sillon de Rolande.
D. — Scissure de Sylvius.
E. — Points hémorrhagiques de la pie-mère.

HÉMISPHÈRE DROIT



A. — Point où a porté la couronne de trépan.
B. — Zone d'encéphalite du lobe sphénoïdal.
C. — Suffusion sanguine subdurale.

---

dre des inscriptions correspondantes, sont exclus de l'Université, sauf toutefois les cas de maladie, et ne peuvent plus être admis dans aucune faculté de l'Empire.

L'enseignement complet à la Faculté de médecine embrassant dix semestres, l'élève en possession des inscriptions semestrielles est admis à subir les examens de doctorat. Il y a, par an, une session d'examen de doctorat, elle dure trois mois. C'est le ministre de l'instruction publique qui nomme le jury, et pour former cette commission, il est libre de choisir les médecins qu'il considère comme suffisamment compétents pour remplir cette tâche. Tous les médecins peuvent être appelés à faire partie des jurys d'examens.

Ajoutons qu'il existe en Russie deux diplômes de doctorat : 1° Le diplôme de médecine et 2° le diplôme de docteur en médecine, ou mieux de docteur ès-sciences médicales.

Contrairement à ce qui se passe en France et particulièrement à Paris, où il existe une chaire de clinique des maladies nerveuses et une chaire de clinique des maladies mentales, en Russie, l'enseignement des maladies nerveuses et des maladies mentales est concentré entre les mains d'un seul professeur, chargé de la chaire spéciale de psychiatrie.

L'enseignement des maladies nerveuses est cependant une chose si nouvelle en Russie, que dans une université aussi importante que celle de Kiew, la chaire consacrée à cet enseignement n'existe que depuis deux ans ; et à Varsovie, cet enseignement ne devait commencer que cette année (1888-1889). A Karkoff, la clinique des maladies mentales et nerveuses se trouve dans une maison de santé appartenant au Dr Platonoff ; il n'existe pas encore de service de clinique à l'Université. Pour ce qui est de Moscou, la nouvelle clinique des maladies mentales et nerveuses vient d'y être installée. C'est Mme Marosoff qui a offert à cette université le terrain qui a fait les frais des constructions et de l'ameublement (400.000 fr.), aussi la clinique porte-t-elle le nom de Clinique Marosoff.

L'Université nouvelle de Tomsk, en Sibérie, n'a pas encore de chaire pour les maladies nerveuses.

Nous ne saurions suivre M. Raymond dans son exposé si consciencieux des travaux faits en Russie sur le système nerveux ; mais après avoir lu son si important mémoire, on ne peut que contre-signer ces lignes :

droite est située au niveau de la partie initiale du lobule pariétal supérieur en arrière de la pariétale ascendante La gauche siège également sur le lobule pariétal supérieur, un peu plus en arrière que la précédente.

Nous n'avons constaté aucune collection purulente du cerveau ou de ses annexes.

Avant d'ajouter quelques réflexions à l'enseignement qui découle de ces constatations anatomo-pathologiques, nous y joignons la relation d'un autre cas dont nous avons recueilli l'observation dans le service de notre cher maître M. Polaillon. à la Pitié, et qui dès cette époque nous avait vivement frappé.

F..., 39 ans, salle Broca n° 16, est amené à l'hôpital le 3 juillet 1887, une heure après l'accident : il est tombé d'une hauteur de 5 mètres sur le pavé et la tête a porté. Pendant la nuit on a appliqué de la glace en permanence.

Au moment où nous le voyons (4 juillet), il est dans un stertor complet; il ne comprend aucune question et reste insensible à toute excitation. Point de fracture des membres, du bassin ou du thorax; pas d'ecchymose oculaire, pas d'écoulement auriculaire; les narines contiennent du sang concrété en caillots. La résolution est complète : le malade a uriné sous lui; il semble y avoir légère érection, la verge est turgide sans être rigide.

La langue est sèche et fuligineuse, la respiration haletante ; il paraît y avoir paralysie faciale gauche, déviation des traits, paralysie du buccinateur et des lèvres.

Du côté de la tête, deux petites plaies contuses : l'une sans importance au niveau de l'arcade sourcilière droite, l'autre située au dessus et en arrière de la bosse frontale latérale gauche.

Au-dessous de la solution de continuité de la peau, on sent un empâtement et une bosse sanguine : il paraît y avoir solution de continuité de l'os de forme dite « embarrure », la pression à ce niveau s'accompagne de mouvements du bras droit : il n'y a pas paralysie des membres inférieurs. La pression non seulement du niveau de la plaie pariétale, mais du conduit auditif gauche détermine des mouvements convulsifs des deux bras mais avec tremblement très marqué et localisé au bras droit.

M. Polaillon voit le malade à 11 heures du matin et ne juge pas à propos d'intervenir : on a fait un pansement et on applique de la glace en permanence.

Tout à coup, à 3 heures 1/4 et sans cause occasionnelle le malade a un accès convulsif avec généralisation des mouvements; nous arrivons en toute hâte : la face est violacée, la respiration haletante et embarrassée; mouvements désordonnés impossibles à maîtriser. Nous pratiquons une première saignée à la céphalique droite et une seconde à la basilique lesquelles donnent 4 à 500 gram. de sang. Le malade respire mieux, les convulsions cessent; cependant nous faisons prévenir notre maître qui, à 5 heures du soir, applique une couronne de trépan au point contus du cuir chevelu, après incision cruciale des téguments et dénudation à la région du pariétal qui ne présente contrairement à notre attente, aucune trace de solution de continuité.

La dure-mère est incisée et la pie-mère apparaît très congestionnée; il sort un peu de liquide séro-sanguin : suture de la peau au fil d'argent, pansement de Lister.

L'état du malade n'est point amélioré par l'intervention; la face reste violacée et dans la soirée le malade présente encore des mouvements convulsifs des bras et des jambes.

Il meurt dans cet état à une heure du matin.

L'autopsie démontre l'absence complète de toute lésion osseuse de la boîte cranienne au niveau de la voûte ou de la base. On trouve quelques points peu nets de contusion cérébrale, diffus et peu accusés; il y a seulement stase sanguine de la pie-mère avec suppression séro-sanguine de ces méninges. Congestion pulmonaire à la base.

Si nous avons rapproché ce cas du précédent bien que les lésions rencontrées à l'autopsie ne jettent aucune lumière sur le mécanisme de la mort, c'est que ces deux cas présentent quelques points communs sur lesquels nous voulons attirer l'attention.

Dans l'un et l'autre en effet, traumatisme crânien pariétal bien localisé et accompagné de troubles des mouvements du membre supérieur du côté opposé, convulsions dans un cas, paralysie dans l'autre (paralysie incomplète cependant puisque dans le premier cas nous avons pu au cours de l'opération constater quelques mouvements du bras supposé inerte).

Dans l'un et l'autre, le trépan a donc été indiqué non-seulement par cette localisation mais encore par l'existence d'une plaie au niveau de laquelle il paraissait tout naturel de localiser les lésions cérébrales : dans tous les deux le trépan a porté sur un point non lésé de la convexité des hémisphères.

En résumé, le trépan paraissait nettement indiqué, mais il faut le dire, s'il n'a amené aucune aggravation dans l'état des malades, il a été tout au moins inutile.

Ces observations sont encore intéressantes car elles prouvent une fois de plus combien fallacieux sont les signes objec-

---

« Quoique l'enseignement de la neuropathologie n'ait pas encore acquis une grande extension en Russie, on peut dire sans exagération que les médecins qui se sont occupés de cette science ont déjà fourni un nombre considérable de travaux importants sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Les plus connus de ces travaux appartiennent au professeur Bechterew, de Kazan. Mais on ne saurait oublier de mentionner les noms de MM. Mierjswski, à Saint-Pétersbourg, Kojewnikoff, à Moscou, Popoff, à Varsovie, Kowalewsky, à Karkoff et Sikorsky à Kiew.

Quant aux journaux spéciaux, ils sont au nombre de trois : 1° le *Messager de la Psychiatrie clinique et légale et de la Neuropathologie;* 2° *Les Archives de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychopathologie légale;* et 3° *le Recueil physiologique* du professeur Danilewsky. En outre d'autres journaux de médecine générale donnent une large place aux travaux concernant les maladies mentales et nerveuses: *Le Médecin* (de Saint-Pétersbourg), et *les Nouvelles universitaires de Saint-Pétersbourg et de Varsovie, de Moscou, de Kiew, de Karkoff, de Kazan,* journaux officiels des différentes universités et dans lesquels sont publiés les travaux faits dans l'Université qui dirige chacun de ces journaux.

On peut entrevoir par ce simple aperçu combien est vivace et déjà fécond l'enseignement de la médecine en Russie. Le rapport de M. Raymond, bien qu'ayant un objectif restreint, met parfaitement cette notion en évidence, et nous ne saurions trop en recommander la lecture; car l'examen des recherches poursuivies et des découvertes obtenues dans les divers laboratoires s'y trouve fait avec tant de conscience, de netteté et aussi de sobriété que je ne saurais tenter une réduction d'analyse.

(à suivre) Dr P. Fabre (de Commentry).

tifs des félures de la voûte crânienne à tel point que dans la première et malgré une grande attention, la félure existante a été méconnue même après dénudation des os, et que dans le second la fracture qui paraissait si nette et certaine n'existait en aucune façon bien que le traumatisme ne portât point au niveau d'une suture.

Dans notre observation I nous avons encore quelques points à soumettre à la discussion.

1° Quelle est la cause de la mort?
2° Quel est le mécanisme de l'attrition du lobe sphénoïdal?
3° Quelle pouvait être l'influence de la trépanation?

En ce qui concerne la cause de la mort, M. Verneuil (Clinique du 31 mai 1889) ne pense pas qu'on puisse l'attribuer à l'épanchement sanguin sus-dural du côté gauche. Il était notable mais insuffisant, pense-t-il, pour expliquer la marche rapide des complications qui ont enlevé la malade en deux jours.

Pour lui, il faut incriminer l'infection qui s'est faite par la voie nasale, par le sphénoïde et l'ethmoïde et cette supposition trouve une confirmation dans la marche de la température.

Il est bien certain aussi que l'attrition totale du lobe sphénoïdal doit être incriminée.

Cette attrition du lobe sphénoïdal peut aussi être interprétée de manière différente suivant qu'on la rapporte à un traumatisme indirect de direction rectiligne et verticale ou de direction croisée.

M. Verneuil a déjà observé des cas analogues et dans le nôtre, le choc pariétal droit suivant une loi bien connue de bipolarité a pu se transmettre de haut en bas et verticalement au lobe sphénoïdal.

Nous pensons néanmoins que l'explication est autre et après examen notre maître serait disposé à admettre notre manière de voir; pour nous il y a eu choc pariétal gauche principal puisque de ce côté le traumatisme a été assez violent pour produire : 1° une fracture, 2° une hémorrhagie méningée assez considérable.

Obliquement alors le choc s'est transmis au pôle opposé, fosse sphéno-temporale droite et ce qui prouve cette direction oblique c'est que la paroi externe du prolongement ventriculaire a été désorganisée et non sa paroi inférieure comme cela aurait eu lieu pour une transmission verticale du choc.

Déjà d'ailleurs dans sa communication à la Société anatomique de 1855, M. le professeur Trélat avait insisté sur ce point que la lésion par contre-coup n'était pas la fracture, mais la contusion cérébrale.

La multiplicité des lésions dans le premier cas, l'absence de lésion macroscopique dans le second sont en contradiction formelle avec la localisation apparente des symptômes.

De ces deux observations il ressort nettement que l'intervention était indiquée par un ensemble symptomatologique trompeur, mais qu'elle ne pouvait être d'aucune utilité ni dans l'un ni dans l'autre : c'est malheureusement un ensemble de circonstances fréquent qui doit rendre le chirurgien circonspect et l'on peut dire, avec nos maîtres, que la contusion cérébrale à distance qui doit toujours être soupçonnée quoique souvent méconnue, restreint notablement les indications opératoires du trépan.

Tout autre au contraire est le pronostic lorsque l'indication opératoire tirée des signes cliniques et les lésions anatomiques coïncident et nous ne saurions résister au désir de rapprocher des observations précédentes, les deux suivantes qui ont trait l'une à un cas d'abcès du cerveau où l'intervention eut peut-être sauvé le malade, l'autre à un cas semblable où la trépanation a été suivie des meilleurs effets : ces observations pourront un jour entrer en ligne dans la discussion si intéressante des indications opératoires du trépan.

C'est dans le service de notre maître M. Delens, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine en 1884 que nous avons recueilli la première de ces observations.

L. C..., camionneur, 32 ans, est tombé de son siège et est amené le 25 novembre 1884, dans la salle Velpeau : il a du être précipité la tête la première et celle-ci aura porté sur l'angle du trottoir car une plaie temporale, large, très nette, circonscrit toute la loge temporale; fort semblable à une incision anatomique, elle a divisé toutes les couches cutanée, celluleuse, aponévrotique et musculaire et formé un lambeau pendant et rétracté vers la région zygomatique, le pavillon de l'oreille étant lui-même en partie détaché; les os (temporal et portion du pariétal) sont dénudés : pas de trace de fracture.

Toutes les parties molles sont souillées de boue, de terre et de sang et malgré l'abstersion de la plaie à l'eau phéniquée, il n'est guère permis d'espérer mieux qu'une réunion secondaire par première intention. Dans ce but, pansement de Lister renouvelé tous les trois jours. Le malade qui avait d'abord perdu connaissance supporte bien le shock traumatique : la plaie se déterge, bourgeonne franchement, l'état général est satisfaisant.

A quelques jours de là, le malade a subitement et sans cause appréciable une attaque épileptiforme signalée par la surveillante; les parents interrogés sur ses antécédents le déclarent épileptique depuis longtemps; nous croyons nous rappeler que cette attaque s'est renouvelée une fois encore au cours de la maladie; à ce moment on hésite entre l'épilepsie vraie et les convulsions d'origine traumatique. On recherche de nouveau et en vain des signes de fracture de la base; la commotion cérébrale même était très faible à l'entrée.

Le 12 décembre M. Delens songe à réunir par seconde intention : le temporal n'a pas bourgeonné mais il ne présente aucun signe de nécrose.

A quelques jours de là (17 décembre), le malade est subitement pris de stupeur : il ne mange plus et répond à peine aux questions : le 18, même état; enfin il meurt le 19, alors que son état général, satisfaisant jusqu'au 17 décembre, avait fait repousser l'idée de collection purulente, intra ou para-cérébrale.

Nous résumerons l'autopsie : pas de fracture du crâne proprement dite, mais la suture écailleuse du temporal est comme disjointe et légèrement éclatée; la table interne de l'os a cédé et nous y trouvons quelques éclats.

Les méninges offrent au lieu du traumatisme un point d'inflammation bien net avec zone de sphacèle : le cerveau étant enlevé, nous constatons l'ouverture d'un abcès siégeant au niveau du lobe sphénoïdal gauche (point contus), au-dessous de la scissure de Sylvius et intéressant les deux premières circonvolutions sphéno-temporales : à l'aide de sept coupes successivement pratiquées sur l'hémisphère d'avant en arrière, nous pouvons nous faire une idée de la marche de l'abcès : il a débuté à la surface du lobe sphénoïdal où il est contigu à la plaque de méningite puis s'enfonçant dans l'épaisseur du cortex, le ramollissement purulent s'étend en avant et en arrière pénètre dans la corne sphénoïdal du ventricule : il a respecté les couches opto-striées.

Voilà donc un de ces cas qui rentre nettement dans notre série n° 1 et fait partie des traumatismes avec lésion à un seul foyer siégeant au point contus.

Que fût-il arrivé si la trépanation avait été pratiquée : il paraîtrait téméraire de le dire, mais on ne saurait nier que l'esprit admet facilement l'idée d'intervention et que le trépan paraît indiqué. Indiqué, oui, certainement, maintenant que

nons avons vérifié par l'autopsie la lésion existante, mais faisons remarquer combien ici encore les signes cliniques sont restés muets en ce qui concerne la localisation de la lésion et par suite le lien d'élection pour l'application de la tréphine, silence qui correspond à la localisation dans la zone dite latente.

A côté de cette observation où nous pouvons supposer que le trépan eût été efficace et qui établit la transition entre les cas d'échec et de succès, il est juste de placer la suivante où la tentative hardie dont nous ne saurions trop féliciter l'opérateur, répondit à toutes ses espérances. Nous remercions le Dr Mall (de Pont à Monsson), d'avoir bien voulu nous envoyer son observation pour la joindre aux nôtres et nous la reproduisons telle qu'il a bien voulu nous la communiquer : elle rentre aussi dans le cadre des lésions à un seul foyer siégeant au lieu du traumatisme.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES TROUBLES NERVEUX CONSÉCUTIFS AUX FRACTURES DE LA CLAVICULE PAR CAUSE INDIRECTE,

par CHAVIER, médecin-major.

Si dans les fractures comminutives de la clavicule des troubles nerveux dus à l'irritation du plexus brachial par des esquilles osseuses se rencontrent parfois, si même la compression de ce plexus par le fait du volume du cal peut en être la cause, ainsi que Delens en a rapporté un exemple remarquable à la Société de chirurgie (séance du 8 juin 1881), il faut interpréter autrement ceux qui surviennent à la suite des fractures de cet os par cause indirecte, alors que le déplacement a été presque nul et que le cal qui en est résulté était petit comme dans le cas que nous publions plus loin.

Les auteurs classiques sont brefs sur ce point. Seul Hamilton dans son traité pratique des fractures et des luxations (traduction Poinsot, page 209), après avoir rappelé l'observation d'une fracture comminutive de Earles dans laquelle la blessure du plexus brachial amena une paralysie du bras et le cas de Desault où, bien que la clavicule ne fût pas fracturée, la violence du choc direct qu'elle avait reçu à sa partie externe avait été suffisante pour produire une commotion grave du plexus brachial et une paralysie du bras, Hamilton, dis-je, ajoute : « si l'on ne peut nier la possibilité d'une paralysie résultant d'un ébranlement des nerfs axillaires produit par un coup sur la clavicule ni d'une paralysie résultant d'une lésion directe de ce plexus par les extrémités aiguës des fragments dans certaines fractures très graves, il est évident qu'on n'explique pas d'une façon satisfaisante les faits de paralysie consécutive à une fracture simple ». Comme cause de quelques uns de ces derniers cas il donne l'emploi intempestif de certains coussins axillaires qui comprimeraient les nerfs du bras.

Sans vouloir insister sur cet ébranlement des nerfs axillaires, dont parle l'auteur anglais, qui pourrait prêter à discussion, notre blessé ne présenta ni engourdissement, ni fourmillements, ni élancements, ni crampes, ni parésie du membre supérieur correspondant, ni rien enfin qu'on pût vraisemblablement attribuer à une pareille origine. Nous ne pouvions pas non plus accuser une irritation de ce plexus par les fragments osseux comme nous l'avons vu plus haut. Quant au coussin axillaire, nous ne l'avons pas employé, force nous est donc de trouver une autre explication.

Par quel mécanisme notre blessé s'est-il fait une fracture de la clavicule ? par une chute sur la partie externe du moignon de l'épaule, dans un exercice de voltige. Il y a donc eu contusion primitive de cette région et contusion du nerf circonflexe démontrée par des douleurs spontanées et à la pression sur le trajet de ce nerf, contusion de plus, qui paraissait bien limitée à ce nerf puisque l'exploration attentive de l'articulation scapulo-humérale ne révélait aucune douleur, qu'il n'y avait aucun épanchement et que plus tard, on ne constatait ni raideur, ni empâtement, ni épaississement de cette jointure.

Cette contusion nerveuse amena quelques jours après de la névrite, névrite que révélèrent des douleurs violentes à forme névralgique et à exaspération vespérale que notre blessé éprouva, suivant le nerf lésé et que réveillait la pression. Or, ne pouvons-nous pas admettre que cette névrite ait suivi une marche ascendante et ait gagné et modifié les centres médullaires correspondants comme l'a prouvé expérimentalement, pour d'autres nerfs, M. le professeur Hayem (Archives de physiologie 1873, T. 5. 212-223 et n° 5, 1873). En un mot il nous semble possible d'appliquer à notre cas la pathogénie indiquée par M. Dumesnil dans un travail qu'il présenta à la Société de chirurgie en 1872 sur les lésions des nerfs du membre supérieur localisées d'abord aux autres nerfs par une névrite ascendante remontant jusqu'au centre spinal, pathogénie qu'il renouvela à l'Association française pour l'avancement des sciences de Rouen (12e session, séance du 20 août 1883), à propos d'une observation d'un jeune homme atteint de contusion du nerf cubital due à une luxation du coude qui amena une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité de toute la sphère de distribution du nerf cubital et qui eut au bout d'un mois un commencement d'atrophie dans les muscles animés par le médian et le cubital.

En résumé, il nous semble que dans les fractures de la clavicule, en dehors des troubles nerveux consécutifs aux irritations directes du plexus brachial soit par des esquilles osseuses, soit par un cal volumineux dont parlent les auteurs, il peut en survenir d'autres plus tardifs et postérieurs à l'irritation directe d'un filet nerveux périphérique qui se serait propagée au centre médulaire et ceci ne nous paraît pas seulement important pour le pronostic, mais aussi au point de vue de la responsabilité du chirurgien qui aurait cru devoir appliquer un coussin axillaire et au traitement duquel on pourrait rapporter des troubles qui ne seraient que l'effet de la lésion.

Observations. — B... cavalier au 3e Chasseurs, âgé de 22 ans, profession tailleur, tempérament lymphatique, constitution assez forte, parents bien portants aucun excès alcoolique ou vénérien, pas de syphilis, pas de tare rhumatismale ou nerveuse, aucune maladie antérieure ; tombe de cheval sur le côté externe du moignon de l'épaule en faisant de l'exercice de voltige au manège le 10 décembre 1888, et se fait une fracture de la clavicule gauche à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes. Le blessé se relève aussitôt et appelé de suite auprès de lui, nous le voyons quelques minutes après son accident. Il se présente à nous le membre supérieur du côté blessé rapproché du tronc, l'avant-bras dans la demi-flexion et accusant de vives douleurs autour du moignon de l'épaule. Nous le faisons déshabiller et nous constatons à la vue, que l'épaule gauche est située sur un plan un peu plus antérieur, légèrement abaissé et rapproché de la ligne médiane ; le blessé peut à peine faire un faible mouvement d'abduction du bras, la clavicule offre une difformité à peine visible. A la palpation de cet os, nous trouvons un peu de mobilité et de crépitation au siège de la fracture qui assure notre diagnostic.

Devant les douleurs accusées par le blessé autour du moignon de l'épaule, nous explorons l'articulation qui ne présente aucune douleur à l'interligne ou par le choc des surfaces articulaires,

aucun gonflement; examinant alors le trajet du nerf circonflexe au niveau du bord postérieur du muscle deltoïde et au-dessous de l'acromion, au point où ce nerf se distribue à la peau, nous provoquons de la douleur par la pression. Nous mettons le membre dans une écharpe de Mayor.

Le lendemain les douleurs éprouvées par le blessé sont moins accusées tout en étant encore vives, et elles vont en s'atténuant les jours suivants; mais le 16, c'est-à-dire le septième jour après l'accident, à la visite du matin, le blessé nous dit qu'il n'a pu dormir, par suite des douleurs violentes qu'il a ressenties autour du moignon de l'épaule, avec irradiation le long de la face externe du bras jusqu'au tiers moyen environ et propagation le long du cou. Dans la journée les douleurs qui s'étaient un peu apaisées reparaissent pour revenir le soir aussi violentes, au point d'empêcher le blessé de dormir et de lui causer une grande agitation; il n'éprouve un peu d'accalmie qu'en se mettant sur son séant, nous examinons alors l'articulation de l'épaule dans la pensée d'une arthrite, mais, nous ne constatons ni les points douloureux classiques, ni gonflement, ni frottement: l'articulation nous paraît parfaitement libre. En revanche, nous développons, à la pression, de la douleur sur le trajet du nerf circonflexe autour du moignon, et nous diagnostiquons de la névrite de ce nerf. Les douleurs spontanées durent encore huit jours, avec la même intensité, réapparaissant toujours plus vives la nuit; puis, à partir de ce moment, elles vont en diminuant pour disparaître complètement à l'époque où nous levons l'appareil, c'est-à-dire, au vingt-huitième jour de l'accident.

A ce moment nous sommes frappé de l'atrophie que présente l'épaule blessée et tout le membre correspondant et les troubles cutanés trophiques que nous constatons. Le deltoïde est aplati et l'acromion est saillant, le bras et l'avant-bras présentent trois centimètres de moins de circonférence que ceux du côté opposé. L'atrophie porte sur les muscles suivants: deltoïde, sus et sous-épineux, grand pectoral, triceps, biceps, brachial antérieur, muscles épitrochléens et épicondyliens, muscles des éminences thénar et hypothénar. Les plus atteints sont les muscles deltoïdes, triceps, biceps, et les muscles de l'éminence thénar et hypothénar; ces muscles sont mous et flasques. Ceux du deltoïde et du bras présentent des contractions fibrillaires. Grande diminution de la puissance musculaire. Les doigts de la main sont amincis et effilés, les rides sont moins prononcées, principalement autour de la face dorsale des articulations phalangiennes qui est lisse, les poils de cette même face dorsale sont plus développés, le tissu cellulaire est aminci. La peau de la face palmaire est lisse et violacée, la sécrétion sudorale est plus développée, la température est manifestement diminuée. On ne trouve aucune éruption.

La sensibilité au tact existe partout. La sensibilité à la douleur et à la température est augmentée sur le moignon de l'épaule; à la partie supérieure externe du bras et le long de la face postérieure externe de l'avant-bras et de la moitié externe du dos de la main, en suivant assez exactement le trajet du radial, à tous ces endroits-là, on peut enfoncer une épingle et appliquer un corps chaud, sans que le blessé ne ressente autre chose que la sensation de tact; sur toutes les autres parties du membre supérieur, toutes les sensibilités semblent intactes. Aux doigts même, ainsi qu'à la face palmaire de la main, elles paraissent exagérées; à la plus légère pression de la pointe de l'épingle, il retire vivement la main et accuse de la douleur.

La sensibilité faradique des muscles est diminuée.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

I. Le microorganisme pathogène de la fièvre typhoïde est-il transmissible de la mère au fœtus? par J. Eberth de Halle. *Fortschritte der Medicin*, 1889, n° 5, p. 161.

II. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde, par E. Sacchi, *Rivista veneta di scienze mediche*, 1889, facs. I.

III. Affections consécutives à la fièvre typhoïde et complications (périostite, néphrite). par le Dr Demuth, *Deutsche Médizinal-Zeitung*, 1889. n° 58, p. 662.

IV. Névrite multiple consécutive a la fièvre typhoïde, par le Dr R. Humphrey. *Ibidem* et *British medic. Journal*, 1889.

V. Sur la névrite multiple consécutive a la fièvre typhoïde, par le Dr Ugo Bassi, *L'Osservatore* 1889, n° 9.

VI. Sur les affections des os dans la fièvre typhoïde, par le Dr Ebermaier, *Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, T. XLIV fasc. 2 et 3, p. 140, 1889.

VII. Un cas de laryngo-typhus chez un enfant d'un an, par le Dr Benno Levy, *Archiv für Kinderheilkunde*, T. X, fasc. I 1888.

VIII. Sur la néphrite et l'albuminurie dans la fièvre typhoïde, par le Dr Geier. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. XXIX, fasc. I, 1889.

IX. Sur la question relative a l'infection mixte par le germe de la fièvre typhoïde et celui de la malaria, par le Dr Koranyi, *Pester medic. chirurg. Presse*, 1889, n° 1-4.

I. D'après M. Eberth, les faits cliniques et expérimentaux invoqués jusqu'à ce jour, pour affirmer que le bacille de la fièvre typhoïde passe de l'organisme maternel dans le sang du fœtus, sont tous passibles de critiques plus ou moins sérieuses. Les résultats des recherches récentes de l'auteur seront, d'après lui, de nature à lever les doutes qui planent encore sur cette question.

Ces recherches ont été faites à l'occasion d'un cas de fièvre typhoïde observé chez une femme enceinte. Cette femme, âgée de 30 ans, mère de six enfants, d'une bonne santé habituelle, avait présenté les premiers symptômes de la dothienentérie vers la mi-septembre de l'année dernière, en même temps que deux de ses enfants. Elle entra à l'hôpital le 26 septembre 1888; on porta le diagnostic de fièvre typhoïde, et on prescrivit des antipyrétiques. La femme se savait enceinte, elle avait eu ses règles pour la dernière fois vers le milieu d'avril. Avant le début de la maladie, elle avait senti, d'une façon très nette, des mouvements fœtaux.

Le 27 septembre la malade a eu un frisson; à partir de ce moment, les mouvements fœtaux n'ont plus été perçus. Le 7 octobre, c'est-à-dire vers la fin du troisième septenaire de sa fièvre typhoïde, la femme a été prise, dans la nuit, de douleurs de ventre, qui ont abouti, au bout d'une demi-heure, à l'expulsion d'un fœtus inclus dans la poche des eaux. Après incision de la poche, il s'en écoula un liquide limpide; le fœtus, parfaitement bien conservé, ne donnait plus signe de vie. Les suites de cet avortement furent très bénignes, sauf qu'immédiatement après, la malade avait eu une métrorrhagie profuse. Le 30 octobre la malade entrait en convalescence.

L'examen bactériologique du sang et des tissus a été fait avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. La présence des bacilles de la fièvre typhoïde a été constatée dans le sang, dans le suc du parenchyme pulmonaire et de la rate,

mais non sur des coupes provenant de ce dernier organe. De plus, des bacilles en nombre relativement considérable ont été découverts dans les interstices compris entre les villosités du placenta. Enfin des ensemencements faits dans de la gélatine de culture et sur des tranches de pomme de terre ont fait germer des colonies qui présentaient les caractères assignés aux colonies du bacille typhogène. Des ensemencements faits avec du sang provenant d'autres fœtus n'ont pas donné les mêmes résultats.

M. Gaffky, qui a répété les expériences de M. Eberth, sur l'invitation de ce dernier, est arrivé aux mêmes résultats. M. Eberth considère dès lors comme chose définitivement démontrée, le passage du bacille de la fièvre typhoïde, de l'organisme maternel dans le sang du fœtus.

II. L'osteopériostite est une complication assez rare de la fièvre typhoïde. Cependant M. Sacchi en a observé deux exemples, dont il a donné une relation détaillée. Il a pris occasion de ces faits, pour discuter la nature de l'osteopériostite en général. Il s'est appesanti, à la fin de son travail, sur le traitement à opposer à l'affection en question, sans d'ailleurs faire connaître rien de bien nouveau.

III. La première observation relatée par M. Demuth, est relative à un homme qui, bien portant jusque-là, préseuta, à l'âge de 67 ans, les symptômes de la fièvre typhoïde. La fièvre tomba dans le courant du quatrième septenaire, et le malade entrait en pleine convalescence, lorsque, quinze jours plus tard, il ressentit une douleur localisée dans le tiers supérieur de l'humérus, un peu en dedans. Au siège de la douleur, la peau devint rouge et tuméfiée ; en même temps la fièvre se ralluma. Peu à peu le foyer inflammatoire devint fluctuant. On l'incisa et on donna issue à une petite quantité de mucopus. Au fond de l'incision, l'os était rugueux et le périoste détaché ; ou agrandit l'incision, et on divisa avec l'instrument tranchant le périoste soulevé. Dans la suite, il y eut élimination, par la plaie, d'un certain nombre de petits sequestres. Grâce à un traitement approprié, la guérison fut obtenue en l'espace de deux mois.

IV. La seconde observation concerne un homme de 28 ans, atteint d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne ; la maladie était parvenue à la phase de défervescence, lorsque survint de l'albuminurie, avec œdème, anurie presque complète, secousses spasmodiques des muscles, et finalement véritables accès d'éclampsie. Le malade succomba six jours après le début des accidents néphritiques.

A son autopsie, on trouva les deux reins augmentés de volume, de consistance pâteuse, pâles sur les surfaces de coupes, principalement au niveau de la substance corticale. Sur la portion inférieure de l'intestin grêle se voyaient de nombreuses ulcérations typhiques, dont quelques-unes en voie de cicatrisation.

L'auteur a vu dans ce fait un exemple de néphrotyphus (fièvre typhoïde à forme rénale) ; dans cette forme rare de la dothienentérie, la symptomatologie commune de la fièvre typhoïde est masquée par ceux de l'affection rénale, de telle sorte qu'on en est à se demander si on a affaire à la forme rénale de la fièvre typhoïde ou à une néphrite évoluant sous les traits d'une affection typhoïdique.

L'observation clinique démontre que lorsqu'une albuminurie légère apparaît dans le cours de la seconde ou de la troisième semaine de la fièvre typhoïde, l'évolution de celle-ci n'est pas sensiblement modifiée. L'albuminurie légère n'a pas non plus une signification pronostique grave, à une période plus avancée de la fièvre typhoïde. Il n'en est plus de même, lorsqu'éclatent les symptômes d'une véritable néphrite, avec albuminurie abondante et apparition, dans les urines, de cylindres obstrués par des globules rouges. Alors le tableau morbide revêt rapidement une gravité exceptionnelle ; des œdèmes surviennent, la langue, jusque-là humide, se dessèche, l'adynamie et la stupeur font des progrès rapides et le malade est presque toujours emporté par une attaque d'éclampsie. Le pronostic de la néphrite aiguë est beaucoup plus favorable, lorsque cette complication apparaît en pleine convalescence de la fièvre typhoïde.

IV. M. Humphrey relate un exemple de polynévrite consécutive à la fièvre typhoïde, autre complication assez rare, ou du moins peu observée jusqu'ici. Il s'agit d'une fillette de 3 ans atteinte de la fièvre typhoïde avec manifestations cérébrales. Dans le courant du quatrième septenaire, l'enfant se plaignit de douleurs dans les jambes qui étaient contracturées ; il y avait exagération des réflexes, aux muscles abdominaux. Puis survint de la parésie des membres inférieurs, avec abolition de la réaction électrique. Au bout de huit jours l'état du membre inférieur droit s'était amélioré, mais la paralysie avait gagné les muscles abdominaux du côté gauche.

Dans la suite, la paralysie motrice se dissipa peu à peu. Dès la huitième semaine, les muscles atteints réagissaient de nouveau aux excitations faradiques, sauf le tibial antérieur et les muscles abdominaux.

V. M. Bassi a consacré une étude d'ensemble à la polynévrite consécutive à la fièvre typhoïde, à l'occasion d'un cas de névrite de ce genre survenu chez un maçon qui relevait d'une dothienentérie. D'après M. Bassi, les altérations qui caractérisent cette névrite post-typhique sont tantôt parenchymateuses, tantôt interstitielles ; elles sont, de plus, disséminées ; des portions de nerfs, intactes, alternent avec des foyers de névrite. Ces altérations sont presque toujours réparables et passagères ; les histologistes ne sont pas encore d'accord dans leurs descriptions de ce processus de réparation.

Cliniquement, cette polynévrite se révèle par des troubles de la sensibilité, premiers en date, et des troubles de la motilité. Le début est tantôt brusque, tantôt insidieux. Au siège de la névrite, les parties molles sont souvent œdématiées, la peau est cyanosée, luisante ; la température locale est abaissée ; on constate d'autres troubles vasomoteurs. La durée moyenne de la névrite est de 2 à 8 mois. Le pronostic est, d'une façon générale, défavorable.

VI. M. Ebermaier rappelle, que Freund, dans sa dissertation inaugurale (Breslau 1885), se fondant sur l'étude de 20 cas d'ostéite consécutive à la fièvre typhoïde, avait conclu que cette complication était en rapport avec l'invasion des bacilles de la fièvre typhoïde dans les os atteints par l'inflammation. Freund avait négligé de faire appel aux ressources de la bactériologie, pour établir la légitimité de cette conclusion. L. Fränkel et Simmonds (*Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*, 1885) qui ont voulu combler cette lacune, ont abouti à des résultats négatifs. Ebermaier a été plus heureux. Il a réussi à obtenir des cultures pures du bacille de la fièvre typhoïde, en ensemençant dans de la gélatine de culture, du pus recueilli dans des foyers d'ostéo-périostite, chez deux sujets affectés de la fièvre typhoïde. A la relation de ces deux faits il a joint celle de six autres cas d'ostéo-périostite observés chez des typhiques dans le service de la clinique médicale de Kiel. Il semble qu'à certaines époques, ce genre de complication de la fièvre typhoïde, soit relativement fréquent.

VII. Le fait relaté par M. Bruno Lévy concerne un enfant

âgé de un an, qui présentait les symptômes d'une affection typhique en même temps que ceux d'une laryngite fibrineuse grave. Celle-ci nécessita la trachéotomie ; l'opération n'empêcha pas l'enfant de mourir. L'enfant avait été pris, avant sa mort, de convulsions et de raideur de la nuque. Aussi, en fait de diagnostic, on avait hésité entre l'hypothèse d'une fièvre typhoïde compliquée de laryngite, et celle d'une tuberculose miliaire aiguë compliquée de méningite tuberculeuse. L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'un cas de fièvre typhoïde avec détermination laryngée.

Incidemment l'auteur fait remarquer que les convulsions, pour être une manifestation assez rare de la fièvre typhoïde chez les enfants, ont été signalées cependant par des pédiatres, ainsi par Gerhardt et par Henoch.

VIII. Dans le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde chez des enfants, M. Geier a porté son attention d'une façon spéciale sur la fréquence de l'albuminurie. En se fondant sur le résultat de ses observations au nombre de 25, il a conclu que :

1° L'albuminurie est une manifestation fréquente de la fièvre typhoïde survenant chez des enfants : elle se montre le plus souvent dans le cours du premier ou au début du second septenaire ; sa durée, variable, est en moyenne de 1 à 2 semaines.

2° La fièvre typhoïde se complique de néphrite aussi bien chez les enfants que chez les adultes, mais la néphrite intense, allant jusqu'à l'insuffisance rénale (hydropisies), paraît être plus rare encore dans le jeune âge que chez les typhiques adultes. Il n'existe pas de fièvre typhoïde à forme rénale.

3° Dans le jeune âge, les maladies infectieuses qui se compliquent habituellement de néphrite, la scarlatine, par exemple, prédisposent à la néphrite, dans le cours d'une fièvre typhoïde qui vient à se développer peu de temps après.

4° La fièvre, l'albuminurie et les symptômes nerveux survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde sont les conséquences d'une même cause, l'intoxication de l'organisme par un virus émanant des bacilles typhogènes.

IX. D'après M. Koranyi, les cas d'infection mixte par le germe de la malaria et par celui de la fièvre typhoïde, publiés jusqu'ici, ne seraient rien moins que probants. L'auteur publie deux observations qu'il considère comme des exemples avérés de ce genre d'infection mixte. Dans les deux cas, les accès de fièvre palustre ont précédé de 2 à 3 semaines l'éclosion de fièvre typhoïde. Dans le premier cas, les accidents d'origine palustre ne se sont plus reproduits à la suite de la fièvre typhoïde, qui avait revêtu les caractères d'une affection grave. Dans le second cas, la fièvre typhoïde a évolué sous les traits d'une affection bénigne ; les accès de fièvre intermittente ont reparu plus tard. Dans les deux cas, la symptomatologie de la fièvre typhoïde n'a été en rien influencée par l'infection mixte. Pendant la période d'incubation de la fièvre typhoïde, le sulfate de quinine n'a pas manifesté son efficacité habituelle contre les symptômes de l'intoxication palustre.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

Tuberculose de l'os malaire, Par H.-A. Cator (Th. de Paris, 1888).

Neuf observations servent de base au présent travail. Le processus tuberculeux atteint l'os malaire comme toute autre partie du corps. Sa marche est lente et son début insidieux. Il existe d'abord une petite tumeur à laquelle on ne prête pas grande attention jusqu'au jour où devenue fluctuante elle s'abcède et laisse échapper du pus mal lié. Une fistule s'établit qui va grandissant et finit par présenter une large ulcération offrant tous les caractères des lésions tuberculeuses. Les lésions siègent au voisinage des paupières et plus fréquemment à l'angle inféro-externe de l'orbite. Quand l'abcès est tout entier profond on peut croire à une tumeur rétro-oculaire en raison de l'exophthalmie qui en résulte. Il y a en tous cas ceci de particulier que la guérison du mal est généralement suivie de la formation d'un ectropion cicatriciel.

Par elle-même l'affection n'est pas grave, c'est-à-dire qu'elle ne menace pas l'existence : les tuberculoses locales ayant peu de tendance à se généraliser avec rapidité. Elle n'en est pas moins l'indice d'un mauvais état général qu'il faudra viser par une thérapeutique très active. Quant à l'ectropion la tarsorrhaphie en sera souvent le meilleur traitement préventif jusqu'à épuisement des effets de la rétractilité modulaire.

A signaler onze observations de tuberculose malaire publiées ou inédites rapportées par l'auteur.

Contribution a l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien, par E. Rochefort. (Th. de Paris 1888).

La syphilis frappe indistinctement tous les grands systèmes organiques : vasculaire, articulaire osseux, musculaire... Elle s'accuse dans ce dernier par des douleurs auxquelles peuvent succéder des contractures, du tremblement et parfois des tumeurs auxquelles peuvent succéder des contractures, du tremblement et parfois des tumeurs à évolution et terminaison variables. Celles-ci sont au plus haut degré l'expression même de la syphilis musculaire et résultent toujours d'une infection constitutionnelle qui a profondément envahi l'organisme. Bien que tous les muscles en soient justiciables, l'observation clinique démontre qu'aucun d'eux n'est aussi souvent atteint que le sterno-mastoïdien.

Le début de l'affection est insidieux. Bien souvent elle a parcouru un certain stade de son développement quand elle éveille l'attention du malade. On constate alors l'existence d'une tumeur dont le volume varie depuis la grosseur d'une aveline à celle d'une orange mobile ou fixe suivant que le muscle est en état de relâchement ou de contraction. L'ulcération peut résulter de son ramollissement ; elle a pour caractères d'être creuse, profonde, à contours irreguliers, à bords violacés et nettement découpés, décollés parfois sur une plus ou moins vaste étendue. L'induration est un autre mode de terminaison et de tous le plus désirable.

D'un pronostic grave en tant que manifestations tertiaires de la vérole, les tumeurs gommeuses témoignent chez l'individu qui en est atteint d'une infection constitutionnelle profonde. C'est avec les abcès froids ou chauds, les hématomes, les kystes hydatiques, les tumeurs érectiles qu'on devra plus particulièrement établir le diagnostic différentiel.

Le traitement est celui de la période tertiaire. On prescrira avantageusement l'iodure de potassium suivant la méthode de M. Fournier à la dose de 2 grammes que l'on pourra progressivement arriver à doubler. Il n'est pas été inutile de rappeler que la tumeur gommeuse repoussait l'intervention de l'instrument tranchant, le traitement devant rester purement médical.

Ch. Amat.

BULLETIN

I. — PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — II. LA MÉTHODE DE BRANDT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — III. CONGRÈS D'HYPNOTISME. — IV. TRÉPANATION DU CRANE PAR UN FOYER D'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — V. ABUS DE LA MORPHINE.

I. — L'Académie a continué sa discussion sur la contagion de la tuberculose et les moyens à faire connaître au public pour y remédier dans la mesure du possible. Sans nier l'importance du bacille de Koch, M. Laucereaux a parlé et a insisté au sujet des conditions prédisposantes à la tuberculose, parmi lesquelles et au premier rang se posent : Les accès alcooliques et le séjour dans l'air confiné. Il est bien certain que la vie dans une atmosphère trop limitée, où respireut une trop grande quantité de sujets, constitue une manière d'être défectueuse, capable de produire des troubles organiques tels que la faiblesse, l'anémie, etc. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que, par lui-même, l'air confiné n'est pas un facteur étiologique absolu de la tuberculose. Pourquoi les grandes agglomérations humaines, telles que les ateliers, les usines etc. sont-elles dangereuses? Parce que dans cette atmosphère confinée, non renouvelée, vivent avec les individus sains des malades tuberculeux, qui y respirent et qui y crachent. Le danger est là, il faut que les médecins en soient convaincus. Sans doute on a prouvé (voir la *Gazette médicale* du 22 septembre 1888) que l'air expiré par les tuberculeux ne pouvait trausmettre la maladie. Mais ces *malades crachent et crachent le plus souvent par terre* sur le sol de l'atelier. Voilà la graine, qui par le fait du balayage, des courants d'air, etc. va, une fois desséchée, se diffuser, se répandre et causer des cas de contagion. Et alors seront frappés, non seulement de préférence ceux qui sont ou des alcooliques, ou des débilités par le séjour dans une atmosphère confinée ; mais encore ceux, entres autres, que certaines affections de l'arbre respiratoire, affections non tuberculeuses, prédisposent à la contagion, fournissant au bacille un milieu de culture tout préparé.

Quant à ce que nous disions dans notre dernier Bulletin au sujet du lait et de la viande, M. Villemin y est revenu avec toute l'autorité et la compétence qui le distingue. Le lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse est toujours virulent, et il peut le devenir accidentellement, lorsque la mammelle est saine, parce que une vache pommelière aura, en se léchant, imprégné les pis de son jetage virulent.

Pour ce qui est de la viande, il est également d'avis que la chair des animaux tuberculeux, peut être virulente ; mais, que les amateurs de viande saignante ou les anémiques soumis au régime de la viande crue se rassurent : pour ce cas particulier, ils sont défendus. Il suffit d'acheter sa viande en lieu sûr, et que le service d'inspection des bêtes à l'abattoir fonctionne bien.

II. — La méthode de Brandt, appliquée au traitement de la fièvre typhoïde semble en faveur dans quelques services hospitaliers de Paris. On sait en quoi elle consiste. Des bains froids de dix à quinze minutes de durée toutes les fois que la température dépasse un certain chiffre, 38°5 ou 39°. Mise en pratique en Allemagne où elle avait donné de superbes résultats, elle avait été admise avec enthousiasme également à Lyon, où ses succès l'avaient fait mettre, par les médecins lyonnais, au premier rang parmi les modes de traitement de la dothiénentérie.

On lui avait objecté d'être d'une application difficile dans la pratique hospitalière, d'exiger un personnel nombreux et bien stylé. Or toutes ces objections tombent devant la pratique si simple qui est en usage en ce moment dans les services de deux de nos plus jeunes médecins des hôpitaux, M. Merklen et Juhel-Renoy.

Un seul infirmier est à titre supplémentaire dans chaque salle, chargé de surveiller les bains. Et les malades se rendent eux-mêmes et à pied dans la baignoire qui est à proximité de leur lit.

Grâce à ce traitement, Vogt dans les hôpitaux militaires, a obtenu une statistique de seulement 4 décès pour 100 alors que dans les hôpitaux civils français, elle est de 14 à 15 pour 100, et dans les hôpitaux militaires de 10 à 11 pour 100.

III. — L'hypnotisme est plus que jamais à l'ordre du jour. En ce temps de Congrès, il a eu le sien, avait-il sa raison d'être, et peut-on détacher l'hypnotisme du cadre des maladies nerveuses ou mentales pour en faire comme une chose à part? Non évidemment. Le pire c'est que chacun, médecin on non, surtout les personnes étrangères aux choses physiologiques et pathologiques, se croit en mesure d'en parler et d'en réclamer le monopole. Les médecins au nom de la pathologie, les juristes au nom de la criminalité, les philosophes au nom de la psychologie et de la morale, les septiques pour y trouver une distraction, chacun s'est lancé à corps perdu dans cette étude dont des charlatans qui s'intitulent « professeurs » ont vulgarisé les phénomènes les plus grossiers, dans des expériences publiques.

Aussi ne doit-on ne pas s'étonner si certains, même des médecins, ont dépassé un peu les bornes rationnelles qu'on doit, en bonne logique, attribuer à l'hypnotisme ; ce sont des convaincus ; quelques-uns même, dans des communications pleines de feu, semblaient vouloir transformer en article de foi les résultats plus ou moins merveilleux de leurs observations. D'autres — des philosophes et des légistes — veulent nous en retirer l'étude parce que, disent-ils, les médecins ont des préjugés !

Cependant on attendait quelques communications importantes. Celle de M. le professeur Bernheim qui, dans un rapport très bien fait, a tenté de nous convaincre de sa doctrine. Tout est suggestion. L'action des aimants, l'électricité, le massage, l'hydrothérapie, etc. etc., tout est suggestion ; un peu plus, et toute la médecine y passait. Heureusement quelques-uns n'ont pas subi l'influence du savant professeur de Nancy, et il y a eu une petite querelle.

Ce qu'il faut retenir néanmoins, c'est que certains états pathologiques sont justiciables de la suggestion hypnotique, et que, si l'on veut acquérir des données sérieuses et positives sur ce que la méthode peut donner, c'est encore aux médecins qu'il faut en réserver l'étude. On ne peut donc que souscrire aux conclusions du rapport de M. Ladame de Genève, qui demande, avec l'interdiction des séances publiques, l'enseignement des pratiques de l'hypnotisme. Il est des cas, en effet, où un médecin appelé après des séances particulières d'hypnotisme par un magnétiseur qui ne pouvait éveiller ses sujets n'a pas été plus avancé que lui. Il faut donc que l'éducation des étudiants soit au moins complétée de ce côté.

IV. — Le trépan qui avait joui autrefois d'une si grande faveur était tombé pendant quelques années dans un oubli presque complet. Les nouvelles doctrines acquises par l'anatomie et la physiologie concernant les localisations des centres moteurs, devaient forcément rappeler l'attention des chirurgiens vers une méthode dont on avait usé et abusé, il est vrai, mais que des connaissances plus précises, des indications plus nettes

devaient remettre en honneur. Des interventions heureuses dans le cas d'abcès du cerveau, de tumeur cérébrale, etc., ont en effet agrandi de ce côté le champ d'intervention opératoire. Un nouveau fait communiqué par MM. J. Lucas-Championnière et Letulle vient encore s'ajouter à la liste de succès obtenu jusqu'à ce jour. Il s'agit d'une intervention pour un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale, chez un homme chez qui elle avait laissé depuis deux ans de la parésie du membre inférieur droit, un peu de gêne de la parole, et de la contracture du membre supérieur droit. La guérison a suivi de près l'opération qui eut pour résultat immédiat la cessation de la contracture du bras droit.

V. — Le nombre de personnes qui se font avec succès des injections de morphine devient de jour en jour plus grand. La morphine chez beaucoup d'entre elles a remplacé l'alcool ; et chez d'autres et chacun a pu rencontrer dans le monde certaines jeunes femmes qui en font un abus véritablement incroyable. L'industrie privée n'est d'ailleurs pas restée en arrière, et l'on peut voir souvent entre les mains des morphinomanes de charmants petits nécessaires, renfermant seringue, aiguilles de rechange, petit flacon de morphine en cristal taillé. Dans ces derniers temps la morphine a même été distancée, et certains, plus raffinés, ont employé la cocaïne.

On sait quels troubles et quels accidents entraînent ces pratiques auxquelles il n'y a qu'un remède efficace à opposer : *l'impossibilité de se procurer de la morphine.*

Au début, les pharmaciens, soit par complaisance, soit dans un autre but, en vendaient carrément sans ordonnance ; aujourd'hui il n'en est plus ainsi, aussi leur clientèle les a-t-elle abandonnés pour aller s'approvisionner dans les drogueries.

C'est sur ce point que MM. Descoust et Lutand ont appelé l'attention du Congrès de médecine mentale. La loi de 1840 qui régit les drogueries, leur permet, en effet, la vente de substances toxiques, sans autre garantie que l'inscription, sur un registre, du nom et de l'adresse de l'acheteur. Il y a là une anomalie manifeste. Le malade qui se voit refuser 0,50 centig. de morphine chez les pharmaciens, peut en acheter des flacons de 30, 50 grammes ou davantage chez le droguiste. Aussi le Congrès a-t-il émis le vœu que la vente de la morphine ou de la cocaïne ne puisse être faite par les droguistes, qu'au pharmacien.

Il est en outre une précaution que le médecin doit prendre lorsqu'il prescrit de la morphine, c'est d'ajouter : valable pour une seule fois. Sa responsabilité est ainsi couverte, il ne court plus qu'un risque, c'est de voir sa signature contrefaite, mais ce faux ne le concerne plus, car on ne saurait vraiment exiger d'un praticien d'avoir toujours sur lui du papier à entête, comme garantie de sa signature.

H. BARBIER.

NOTES ET INFORMATIONS

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le professeur Proust a lu à la dernière séance du Comité, un rapport des plus intéressants sur l'assainissement des villes. Le rapporteur insiste sur la manière dont les maisons doivent être construites pour satisfaire aux préceptes d'une bonne hygiène. Il appelle aussi l'attention du Comité sur la canalisation défectueuse des eaux de source et comme il s'agit surtout dans ce rapport de rechercher les causes des maladies contagieuses, et par suite d'éviter les épidémies ; le Comité a émis le vœu qu'une très grande publicité soit donnée à ce rapport.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous trouvons dans *Il Morgani* du 3 août, des détails affreux sur la mort de Pierre LORETA, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bologne. — En proie depuis quelques temps au délire des persécutions, ayant perdu l'équilibre de ses facultés mentales, partageant son temps entre la science et la politique, il s'est frappé de deux coups de rasoir dans la région inguinale, le 20 juillet dernier. Il fut trouvé complètement exangue ayant à côté de lui le rasoir homicide et un revolver chargé. Il avait été d'abord chargé de suppléer l'aliéniste Rizzoli dans l'Enseignement de la clinique chirurgicale, puis était devenu premier chirurgien à Fermo, avant de rentrer comme titulaire dans la chaire de Rizzoli qu'il occupait depuis un et demi. Parmi ses nombreux travaux, nous nous contenterons de coter son grand ouvrage sur les *Luxations*. Loreta était né à Ravenne en 1831.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. Nerz, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale, est chargé, pour l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologique.

***

Ecole de medecine d'Amiens. — M. Peugniez, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale, est chargé, pour l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

***

Ecole de médecine de Caen. — M. le professeur Lepetit, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Mlle Finkelstein. — L'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites.

M. Martin. — Extirpation de l'astragale dans le pied-bot.

M. Huet. — De la chorée chronique.

M. Vialaneix. — Etude sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire.

M. Spillmann. — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode.

M. Cadet. — Essai historique sur la suette miliaire (1718-1887).

M. Daban. — De la nature de la synovite à grains riziformes.

M. Bouchet. — Etude sur la cocaïne.

M. Hue — Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur séméiologique.

M. Grand. — Contribution à l'étude du mérycisme.

M. Parelle. — Pseudo-paralysie générale saturnine.

M. Dunac. — Contribution à l'étude de la maladie de Bright. De la cryesthésie Brightique.

Mlle Margoulieff. — De la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine.

Mme Dejerine Klumpke. — Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier.

M. Goraieb. — Contribution à l'étude de la pathogénie des maladies et valeur du froid comme élément pathogène.

M. Meugy. — Du diagnostic de l'endocardite aiguë simple. Valeur des modifications des bruits normaux.

M. Feuardent. — De l'épithélioma des glandes sébacées.

M. Menne. — Contribution à l'étude du prolapsus du rectum.

M. Dulout. — Etude sur les affections furonculeuses et leur traitement.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la valeur pronostique du pouls et de la température dans la pneumonie, par le Dr Ch. Fiessinger, à Oyonnax. Note lue à la Société des sciences médicales de Lyon. Une brochure in-8 de 21 pages. Association typographique Plan, 12, rue de la Barre.

De la congestion du foie. Esquisse de séméiologie clinique, par le docteur P. Morot, médecin consultant à Vichy. Une brochure in-8 de 32 pages. Prix : 1 fr. 50. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Des fractures simples des os du carpe, par le Dr Henri Delbecq, membre de la Société anatomo-clinique de clinique de Lille. Une brochure in-8 de 68 pages avec 68 figures dans le texte. Imprimerie L. Danel, à Lille.

Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale; Région dorsale et région dorso-lombaire, par le Dr J. Ménard, lauréat à la Faculté libre de médecine de Lille. Un volume in-8° de 277 pages avec 44 figures intercalées dans le texte. Imprimerie L. Danel, Lille.

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles, par Evariste Thévenin, revu par Henry de Varigny, docteur ès-science. Un volume in-12 cartonné de 628 pages, 5 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Plaies et ligatures de la veine fémorale, par M. Maubrac, aide-major. (Extrait des *Arch. gén. de méd.*) Une brochure in-8 de 60 pages. Prix : 1 fr. 75. Asselin et Houzean, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par J. Rosenthal, docteur en médecine. Une brochure in 8 de 150 p., avec figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 AOUT 1889.

Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 2. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 10.—Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses, 38. — Antres, 3. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 10.—Maladies organiques du cœur, 29. — Bronchite aiguë, 18. — Bronchite chronique, 25. — Broncho-pneumonie, 20. — Pneumonie, 32. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 29.—Biberon, 100.—Diarrhée au-dessus de 5 ans, 10.— Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 27. — Suicides, 18.—Autres morts violentes, 2.—Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 11. — Total : 928.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE CRITIQUE

Vaccine animale et vaccine humaine,

par H. Barbier.

La deuxième communication de M. Hervieux à l'Académie de médecine, concernant cinq nouveaux cas de syphilis vaccinale, remet une fois de plus sur le tapis la question de savoir, si on doit persister quand même dans l'emploi de la vaccination de bras à bras ou si le vaccin d'origine bovine, tel qu'il est fourni par les Instituts vaccinifères, ne constitue pas un virus aussi sûr (sinon plus) dans ses résultats et tout au moins offrant aux médecins une garantie que, ainsi que trop d'exemples le prouvent, le vaccin jennérien ne saurait lui donner.

Les cas de syphilis vaccinale sont rares, a-t-on dit, à côté du nombre énorme d'individus vaccinés! Est-ce une raison valable, et, le médecin responsable vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis des familles qui lui confient leurs enfants, doit-il se payer de semblables raisonnements? Nous ne le pensons pas; nous irons même plus loin, et, lorsque un homme de l'art a, de par lui, deux procédés d'intervention, quelle que soit celle-ci, qu'un de ces procédés donne d'aussi bons résultats que l'autre, sans exposer aux mêmes dangers, son choix doit être fait.

Quoiqu'elle soit de date relativement récente, la vaccination par le cowpox n'a pas manqué d'attaques, ni d'adversaires : On a dit qu'elle donnait lieu à des accidents septicémiques redoutables, on a même parlé de *morve* dans une épidémie où il ne s'agissait que de vaccin pourri; on a élevé des doutes sur son efficacité sous prétexte que la vaccine jennérienne empruntait à l'organisme de l'homme, des propriétés particulières; nous verrons ce qu'il faut penser de ces attaques et de ces objections.

Nous retrouverons dans le cours de cette revue les résultats merveilleux qui ont été obtenus, principalement, en Italie et en Belgique, où la vaccination animale a pris une énorme extension; et, ces résultats parleront d'eux-mêmes en faveur d'une méthode qui ne laisse pas au médecin et à ses clients, cette crainte d'avoir inoculé une maladie qu'on redoute à différents titres : la syphilis.

I

Dans les villes où il existe un Institut animal vaccinifère, la pratique de la vaccine animale n'offre aucune difficulté. L'enfant est porté à l'Institut même, et vacciné séance tenante, absolument comme dans le procédé de bras à bras. Or, il n'est pas douteux que dans ce cas, toutes les fois que l'on prend directement sur les pustules de la génisse, la lymphe vaccinale nécessaire pour l'inoculation, on a des succès très francs et très légitimes. Tous les médecins qui ont été à même d'opérer en ces circonstances ont pu vérifier ce fait.

Mais toutes les villes, tous les villages où le médecin est appelé à pratiquer la vaccination ne sont pas à la portée d'un

FEUILLETON

Quelques publications médicales sur la Russie.

(Suite) (1)

II. — Si le mémoire du Dr F. Raymond nous montre la Russie en beau, et en plein travail de relèvement de l'intelligence, voici une brochure signée d'un confrère du sexe faible, d'une femme russe, née à Saint-Pétersbourg, qui nous peint son pays sous des couleurs bien sombres. Mme Alexandrine Tkatcheff a pris pour sujet d'étude la situation hygiénique des ouvriers en Russie (2). Cela semble un véritable réquisitoire. Mme Tkatcheff conclut en effet son mémoire par cette cruelle page :

« Le nombre d'heures de travail jusqu'à ces derniers temps, dépendait exclusivement de la volonté des industriels; son maximum était quelquefois aussi long que la journée; Grâce au manque de surveillance pour l'exécution de quelques règlements existants, et grâce à la négligence des industriels, le milieu dans lequel travaille et vit l'ouvrier est des plus insalubres : malpropreté générale, insuffisance de cubage de place, insuffisance d'aération, absence de ventilation même dans les industries dangereuses : point de précautions pour éviter les accidents du travail, soit par les machines, soit par les explosions des chaudières, soit enfin dans les cas d'incendie.

Dans les logements, même saleté, même insuffisance de cubage et d'aération; promiscuité déplorable d'âge et de sexe; nourriture insuffisante et souvent malsaine; secours médical presque nul, malgré l'existence de règlements excellents mais inapplicables.

Point de protection pour les femmes et les enfants; participation des uns et des autres au travail nocturne; point de minimum d'âge pour l'entrée à la fabrique (ouvriers de 5 ans dans les fabriques d'allumettes) et même durée d'heures de travail pour les enfants que pour les adultes; point de protection pour la femme enceinte; impossibilité d'instruction pour l'enfant.

Absence enfin de toute assistance aux ouvriers ».

Tel serait le bilan de la situation hygiénique de l'ouvrier russe

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Brochure in-8 de 96 pages. Paris, O. Doin, 1888. Typ. Charles Bœhm, à Montpellier.

établissement de ce genre. C'est alors qu'on a recours au transport à distance du vaccin, et que la vaccination au lieu de se faire avec de la lymphe fraîche se fait avec un liquide plus ou moins vieux, plus ou moins altéré et de par son ancienneté et de par les modifications qu'on lui a fait subir pour lui conserver ses propriétés virulentes.

C'est à cette conservation du vaccin qu'on s'est appliqué par différents moyens plus ou moins satisfaisants et que nous allons rappeler brièvement.

1° *Excision de la pustule.* — Tous les vaccinateurs savent que la portion solide et demi-solide de pustules vaccinales jouit de propriétés particulièrement actives : aussi l'envoi et la conservation de la pustule elle-même a-t-elle été mise en pratique dans les parcs vaccinifères, la pustule détachée avec une lancette tranchante, étant placée dans une fiole en verre ou entre deux verres concaves dont les bords sont lutés à la gomme. On a appliqué aussi à leur conservation la dessication (Frapolli), ou la conservation dans la glycérine.

Ces derniers procédés ont le grand avantage de protéger la pustule contre la putréfaction et, de permettre son envoi même pendant les temps chauds.

2° *Conservation en tubes, sur plaques, sur pointe d'ivoire, etc.* Le mode de conservation et d'envoi du vaccin de génisse dans des tubes capillaires est le plus employé aujourd'hui. On ne se sert pas seulement de la lymphe qui s'écoule des pustules, mais on *racle* celle-ci et, c'est la pulpe rougeâtre obtenue par cette opération qui, incluse dans des tubes ou entre deux lancettes de verre est envoyée, et peut servir aux vaccinations à distance. Ces précautions particulières doivent être prises pour éviter l'accès de l'air.

Le vaccin est envoyé ou pur, ou mélangé dans certaines proportions avec de la glycérine selon le procédé de M. Warlomont.

Il est d'une extrême importance de la part du médecin qui demande un tube de vaccin d'exiger un *tube fraîchement recueilli*. C'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte de cette condition que beaucoup de médecins ont eu des insuccès : car « on s'accorde à dire qu'*au bout de quelques jours, deux ou trois, ce vaccin en tubes a perdu son efficacité* » (1).

(1) Du vaccin de génisse. Etude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, par le Dr Claudo. Nice 1881. Mémoire à l'Académie de médecine, 1879, médaille d'or.

Il est donc essentiel, si on ne peut vacciner directement, d'avoir des tubes recueillis extemporanément, si l'on ne veut pas échouer et accuser de son insuccès le vaccin animal.

A côté de ces procédés, il en est un autre qui a donné de bons résultats à l'Institut-Vaccinal belge, c'est la conservation sur des pointes d'ivoire, de vaccin desséché. Il suffit de plonger ces pointes dans un peu d'eau tiède au moment de s'en servir.

Enfin, on a conservé le vaccin sous la forme de poudre desséchée (Margotta, de Naples), et dans des plumes d'oie sous forme de mélange avec de la glycérine (*Comité de vaccination Milanais*), etc., etc.

De tous ces procédés, quel est le meilleur ? Il est certain que, comme nous l'avons dit en commençant, le vaccin fraîchement recueilli, et employé de suite, est incontestablement le meilleur et le plus actif. Il reste à savoir quel est le mode de conservation qui laisse le plus sûrement au vaccin ses propriétés virulentes. Or, on sait que la masse demi-solide des pustules, sa pulpe, constitue la partie la plus active, et que l'on aura des vaccins, d'autant meilleurs, que cette masse pulpeuse sera plus abondante. A ce point de vue les produits de raclage de la pulpe, que l'on conserve sous plaques, ou desséchés, ou mélangés à la glycérine ou en tubes, constituent le meilleur vaccin qu'on puisse envoyer à distance, à condition, j'y reviens, que ce vaccin soit fraîchement recueilli et qu'il ne soit vieux que de deux ou trois jours.

Maintenant que nous connaissons le mode d'origine et de conservation du virus vaccin animal, nous pouvons nous demander de quelle manière il se comporte lorsqu'on l'inocule à l'homme, et dans quelle proportion il donne des vaccinations légitimes ?

Pour arriver à connaître sa valeur comme agent préservateur de la variole, il faut d'une part savoir : 1° Dans quelles proportions la vaccination réussit sur le membre des vaccinés, 2° quelle est l'influence que cette vaccination a eu sur les vaccinés au point de vue de préservation qui nous occupe.

Un premier fait à faire ressortir, lorsqu'on étudie la valeur comparative du vaccin de génisse (cowpox) par rapport au vaccin, humain (vaccin dit jennérien) c'est que celui-ci est un vaccin atténué. L'animal ainsi que l'a montré Chauveau, chez qui le vaccin a son maximum de virulence, c'est le cheval. « Le virus du cowpox se montre un peu moins actif pour l'homme que celui du horsepox : le vaccin jennerien se mon-

---

Tableau bien noir en effet. Mais on ne saurait oublier que la Russie est en voie d'évolution progressive. Le servage n'est aboli que d'hier. Les réformes s'accumulent. D'autres sont en préparation. Laissons à ce peuple si jeune et si plein de bonne volonté le temps de les accomplir. On n'atteint pas la perfection du jour au lendemain. Dans vingt ans, la situation de l'ouvrier ne sera plus si affreuse, car le gouvernement ne saurait manquer d'intervenir pour améliorer la position précaire des ouvriers d'industrie.

III. — Voici que nous pouvons déjà constater que la race slave s'approprie facilement et applique avec intelligence les résultats des études des hygiénistes. Il nous suffit de lire la thèse de doctorat que M. Jean-Loris-Mélikoff, un russe aussi, voire un Cosaque (il est né à Tiflis en 1862) a récemment soutenue devant la Faculté de médecine de Paris (1) sur l'organisation des hôpitaux et de l'hôpital Baraque de Saint-Pétersbourg.

« Dans un voyage très court que j'ai fait cette année, nous dit M. Loris Mélikoff, j'ai eu l'occasion de visiter les hôpitaux russes et particulièrement ceux de Saint-Pétersbourg. J'ai été frappé de leur organisation réellement parfaite et de l'application rigoureuse des principes modernes d'antisepsie. Mais ce sont surtout les perfectionnements dans la construction des nouvelles baraques et leur installation qui ont produit sur moi une profonde impression et m'ont poussé à décrire ces hôpitaux, à peuprès inconnus du monde médical français, et je les prends d'après le conseil de mon honoré maître M. Dujardin-Beaumetz, comme sujet de ma thèse ».

En lisant ce travail consciencieux on verra que l'auteur n'a pas exagéré lorsqu'il a formulé ce jugement primordial. Si nous l'en croyons d'ailleurs, M. Loris-Mélikoff est de ceux qui pensent : « que le progrès n'appartient pas exclusivement à tel ou tel autre groupe humain, que la science ne reconnaît pas des frontières, que chaque nation, si avancée ou si arriérée qu'elle soit, doit toujours profiter de l'expérience d'autres nations, sinon le progrès sera bien lent, bien précaire. C'est grâce à ce mutuel échange de notions acquises, grâce à cette universalisation des résultats de l'expérience, que nous voyons s'élargir et s'agrandir à l'infini le champ des connaissances humaines et du progrès matériel qui en est la conséquence ».

Ainsi la Russie, malgré les circonstances particulières dans les-

(1) Le 22 novembre 1888. Paris, 72 pages. Librairie Ollier, Henry.

tre en général un peu moins actif que le virus du cowpox et du horsepox tant pour le bœuf et le cheval que pour l'homme lui-même (1) ».

Bref le vaccin s'atténue chez le bœuf par rapport à celui du cheval, et chez l'homme encore davantage.

Voilà déjà une première proposition qui a son importance, c'est que le virus vaccin de l'homme est un *virus atténué et atténué selon les cas à des degrés différents.* « On ne peut donc, dit M. Pourquier, le directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier, dans une note lue à l'Académie des sciences en janvier 1887, on ne peut donc nier l'influence considérable exercée par *le terrain*, et il est certain qu'il est des dégénérescences simplement apparentes, le virus reprend sa vigueur, s'il est transporté sur un bon sujet. » (2)

Mais à côté de cette influence de *terrain* qui modifie progressivement la virulence, il y a des cas, dans lesquels, à la suite du passage successif chez un certain nombre de sujets, le vaccin a offert des caractères permanents d'affaiblissement, c'est-à-dire que réinoculé même à des sujets favorables, à une culture intensive, il n'a donné qu'une vaccine atténuée, dégénérée.

La preuve en est, que si on inocule chez un même individu ce vaccin dégénéré, et du vaccin normal à son maximum de puissance, on peut assister au développement simultané et parallèle de vaccine légitime et de vaccine atténuée : « Un sujet (humain, bovin, équin), qui possède le summum de l'aptitude vaccinogène, inoculé en même temps avec des virus possédant chacun un degré d'atténuation, *donne des pustules dont l'ampleur et la durée sont en rapport avec l'énergie de chaque virus employé*. Ce n'est pas tout. Les pustules obtenues marcheront côte à côte sans se confondre avec leurs caractères particuliers et le virus inoculé à d'autres sujets produira une vaccine atténuée ou légitime suivant la pustule où on aura puisé le virus (3). »

Ici donc la question de terrain n'existe plus, il s'agit réellement d'une atténuation du virus vaccin; et comment reconnaître cette atténuation dans la pratique : dans une modification de pustules.

(1) A. Rodet. Les inoculations vaccinales. Revue de médecine, 1888.
(2) Pourquier. De l'atténuation de la vaccine et des moyens d'y remédier. 17 janvier 1887.
(3) Pourquier. Loc. cit. Acad. des sc., 1887.

Le large développement de celles-ci, leur durée, doit donc être considéré comme un signe *de vaccine* légitime.

Lorsqu'on compare les pustules produites par le vaccin humain et par le cowpox, on constate des différences sensibles entre elles.

Tous les médecins qui ont pratiqué des vaccinations par les deux procédés ont été à même de les observer, et ces différences portent :

1° Sur la durée de la pustule;
2° Sur son développement;
3° Sur les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent.

1° *La durée de la pustule.* — La marche de l'éruption avec le cowpox est en général plus lente. Ce n'est guère, en général, que vers le 11e jour, quelquefois plus tard, que la maturation est complète.

2° *Son développement.* — Le vaccin animal donne toujours des pustules *plus volumineuses que le vaccin humain*, qu'il s'agisse de vaccinations ou de revaccinations (1); elles sont également plus plates et plus blanches.

3° *Phénomènes inflammatoires.* — La réaction inflammatoire locale est plus forte; les cicatrices sont plus larges, plus profondes. L'état fébrile est quelquefois très accusé.

Ces caractères offerts par le vaccine animale sont péremptoires. Comparés à ceux du vaccin humain, ils montrent que l'influence du premier sur l'organisme est plus grande, en d'autres termes que le *cowpox est plus virulent*.

Nous voici donc en possession d'un premier fait très important en faveur de l'excellence du cowpox. Mais ce n'est pas le seul argument. Si nous étudions maintenant les résultats gagnés dans la pratique, au point de vue du succès relatif des vaccinations et des revaccinations, d'une part, et de leur influence prophylactique d'autre part, nous verrons que la vaccination animale constitue une méthode précieuse et efficace entre toutes.

II

RÉSULTATS FOURNIS PAR LA VACCINATION ANIMALE.

Voyons, d'après les relevés statistiques, dans combien de

(1) Claudo. Loc. cit. Du vaccin de genisse, 1881.

---

quelles elle se trouve, a aussi des choses intéressantes et instructives à nous montrer. « Cet exposé indique, ajoute l'auteur, les avantages que présente la direction unique de l'hôpital pour l'application et la réalisation des réformes hygiéniques ». On y remarquera aussi le rôle de l'initiative privée. Un grand nombre de sociétés, et particulièrement le Comité de la Croix-Rouge, facilitent la besogne humanitaire de ceux qui sont chargés de la direction déjà si lourde des affaires de la ville.

Mais « si l'importance des hôpitaux-baraques est suffisamment connue pour profiter des avantages qu'ils présentent, il faut savoir les construire ».

Notre nouveau confrère expose les dangers que présentent pour la salubrité de ces hôpitaux le mauvais état du sol et l'absence des précautions nécessaires pour y obvier.

La désinfection du linge sale, la surveillance de la propreté et de l'antisepsie confiée au personnel médical, le triage immédiat des malades atteints d'affections infectieuses, qui se présentent à l'hôpital, constituent aussi des progrès qu'on ne peut assez louer et dont les heureux résultats se traduisent par des chiffres éloquents.

Enfin M. Loris-Melikoff conseille un bon système de ventilation et de chauffage pour les baraques, et l'existence de salles de pansements entretenues par un personnel spécial.

On le voit donc, la Russie, ne reste pas en arrière des autres nations européennes dans l'application de ces découvertes hygiéniques qui sont un bienfait pour l'humanité. La race slave a du sang encore; elle a l'avenir devant elle. Quelques-uns de ses enfants sont peut-être comme César, dont le poète a dit qu'il se regardait comme n'ayant rien fait tant qu'il lui restait quelque chose à accomplir.

« Nil actum reputans si quid superesset agendum »

Mais trêve à ces impatiences ! Quand chaque jour se marque par un progrès, lorsque l'on garde l'appétence *du mieux et du plus haut*, et que cette appétence passe dans les actes, on mérite autre chose que des récriminations sur les desiderata non encore réalisés ; on a droit à de la reconnaissance et même à des applaudissements pour ce qui a été déjà accompli. Ces applaudissements nous ne devons pas les marchander à la Russie; et nous y ajouterons nos félicitations pour le passé et nos encouragements pour l'avenir.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

cas la vaccination animale donne de succès, en comparant ses résultats avec ceux qu'on obtient du fait de la méthode jennérienne.

En 1879, M. le Dr *Pietra Santa* (1) avait communiqué à l'Académie de médecine quelques aperçus statistiques tout en faveur de la vaccination avec le virus de la genisse.

C'est ainsi que, en *Belgique*, les succès sur 1,000 vaccinés varient entre 632 et 935 pour 1,000.

En Italie, ils sont en moyenne de 915 pour 1,000 et dans quelques villes ils atteignent :

A Milan, le chiffre de 997.

A Ancone, celui de 967.

Le chiffre des revaccinations suivies de succès serait, selon l'expression de l'auteur, presque trop beau : 63 p. 100.

M. *Ciaudo* (2) a fait, à ce sujet, dans son mémoire, un relevé statistique des plus intéressants portant surtout sur les vaccinations faites en Italie où l'on a plus spécialement étudié et suivi la valeur comparative de deux vaccins. Il y relève quelques résultats.

Vaccination animale.

Vaccinations : 97,5 pour 100 de succès.

Revaccinations : 45 pour 100 de succès.

tandis que, avec la *vaccination jennérienne*,

Vaccinations : au plus 95 p. 100, en général 90 à 92.

Revaccinations : au plus 41 p. 100.

La statistique de M. *Warlomont* communiquée à l'Académie royale de Belgique est aussi démonstrative. Elle repose sur des faits de vaccination avec le vaccin desséché sur des pointes d'ivoire.

Vaccinations : 479 sur 500, soit : 96 p. 100.

Revaccinations : 3.419 sur 5.425, soit : 62 p. 100.

En Hollande, le Dr *Carsten*, sur 10.306 vaccinés, n'aurait eu que 31 insuccès.

Enfin, *en Italie*, les résultats, entre autres, du *Comité milanais* sont :

Vaccinations : 99 p. 100 de succès.

Revaccinations : 45 p. 100.

A Lyon, le service de vaccination animale institué en 1883 donnait comme résultat.

Pour les vaccinations : 99 p. 100 de succès.

Pour les revaccinations : 50 p. 100.

Et en 4 mois, il avait fourni du vaccin pour 100.000 personnes sans qu'aucun accident ait été signalé (1).

III

VALEUR PROPHYLACTIQUE DE LA VACCINATION ANIMALE. STATISTIQUES.

Le dernier point, et je dois dire, le plus important, que je voulais mettre en lumière, est celui qui concerne la valeur prophylactique de la vaccination animale.

On sait, en effet, que la variole qui, après la découverte de Jenner, avait à peu près disparu, s'est montrée de nouveau, et sous forme d'épidémies graves, à plusieurs reprises. Y avait-il dégénérescence du vaccin humain et par suite diminution de son pouvoir prophylactique, ou bien les pratiques de la vaccination étaient-elles peu à peu abandonnées par la masse? Les deux hypothèses sont possibles. Quoi qu'il en soit, la variole se manifestait de nouveau comme épidémie grave, il fallait aviser. C'est en Italie que la vaccination animale fut surtout appliquée en grand et les succès furent tels que la preuve fut faite d'emblée en sa faveur.

J'emprunte au mémoire de M. *Ciaudo* (1) les faits qui suivent : Pendant l'épidémie de 1871, il y eut à Milan 2.391 hommes et 2.076 femmes qui furent frappés. Sur ce nombre il y eut :

Vaccinés avec le *vaccin humain...*	atteints : 4.274. morts : 471.
Vaccinés avec le *vaccin animal...*	atteints : 31. morts : 3.

Dans les quartiers suburbains (corpi santi), sur 1.456 malades, il y eut :

Vaccinés avec le *vaccin humain..*	atteints : 1.378. morts : 301.
Vaccinés avec le *vaccin animal...*	atteints : 0; morts : 0 (statistique du Dr Trezzi.

En 1873, la statistique des varioleux de la province de Milan ne comporte pas un seul cas parmi les vaccinés par le vaccin animal.

En 1874, la statistique donnée par le Dr *Biffi* pour la même circonscription porte :

Malades varioleux : 106 ;

Décès : 22.

Sur lesquels :

Vaccinés avec le vaccin humain..	atteints : 103; morts : 21.
Vaccinés avec le vaccin animal...	atteints : 1; morts : 0.

Dans l'épidémie de 1873, il y eut à Naples 1.961 sujets vaccinés qui furent atteints de la variole, sur lesquels on ne compte que 135 appartenant à la vaccination animale ce qui donne le pourcentage suivant :

Vaccinés de bras à bras, variolés : 42.12 p. 100.

Vaccinés avec le vaccin animal : 6.88 p. 100.

Si l'on compose le tableau statistique de mortalité par la variole des grandes villes de l'Europe en 1879, on trouve :

Naples.......	0.10 pour 1.000 habitants.		
Bruxelles....	0.05	—	—
Paris.......	0.55	—	—
Vienne	0.46	—	—

Or, Naples et Bruxelles sont les deux villes où on a fait le plus pour propager la vaccine animale.

En Belgique, M. Warlomont dit que sur plus de 10,000 enfants vaccinés de 1865 à 1870 et ayant subi l'épidémie de 1870-1871, il n'en a pu être signalé un seul qui ait été atteint de la variole : même innocuité pour les revaccinés. Il s'agit, bien entendu, de vaccine animale.

Il est à désirer que, de différents côtés, on apporte de nouvelles statistiques pour faire la lumière. Mais telles qu'elles existent, celles que nous venons de passer en revue témoignent de l'excellence des effets de la vaccination avec le cowpox.

Ce qui, au début, avait jeté quelque discrédit sur le cowpox et avait induit en méfiance à son égard beaucoup de médecins, c'est que, soit par vice de conservation, soit par vice de manuel opératoire ou pour toute autre cause, les premières inoculations n'avaient pas toujours été suivies de succès. Procédé infidèle, tel avait été le jugement porté d'abord. Toutes les nouveautés ont de ces défaillances.

(1) M. Pietra Santa. Académie de médecine, 1879.
(2) M. Ciaudo. Mém. cité.
(1) Leclerc. Le service de la vaccination à Lyon; Communication à la Société de Lyon, 1884.

(1) Loc. cit.

Mais nous venons de voir que, bien manié, bien conservé, employé dans des limites convenables de conservation, le cowpox s'est montré égal, sinon supérieur, au vaccin jennérien. Facilité de se procurer du vaccin, abondance dans sa production, virulence plutôt plus grande, éruption de magnifiques pustules, immunité conférée remarquable, tels sont, en résumé, les qualités qui font de la vaccine animale une méthode, non seulement capable d'être mise de pair avec la vaccine jennérienne, mais une méthode qui sera amenée à supplanter celle-ci et à la remplacer dans la pratique courante.

Mais ce n'est pas tout. La vaccination a entraîné parfois à sa suite des accidents; il nous faut maintenant aborder la pathologie de la vaccine et rechercher si les dangers et les accidents auxquels elle peut donner lieu, ne sont pas plus grands dans l'un ou l'autre cas.

(A suivre).

REMARQUES ET FAITS CLINIQUES RELATIFS A L'OPÉRATION DU TRÉPAN

par P. THIÉRY, interne à la Pitié.

Suite (1).

Trépan consécutif pour un abcès du cerveau, suite d'une plaie pénétrante du crâne par instrument piquant. — Le 21 septembre 1885, un jeune homme du village annexé de Lorry-Mardigny est frappé d'un coup de poinçon à la tête. L'instrument perfore la partie latérale gauche du frontal à 10 centimètres environ de l'arcade zygomatique, et n'est retiré de la blessure, par l'agresseur qu'à l'aide d'un certain effort.

Malgré la gravité de cette lésion, le blessé ne perd pas connaissance, et rentre seul chez lui. Les trois jours suivants, il continue son travail de vigneron; mais le 24, il éprouve certains troubles cérébraux, et notamment une céphalalgie, et une lassitude qui l'obligent à s'arrêter. Le 25, ces symptômes persistent, et se compliquent d'aphasie.

Le 26, jour de ma première visite, je constate outre les symptômes en question, l'existence d'une fièvre modérée; la blessure extérieure, qui consiste en une simple piqûre presque cicatrisée est accompagnée de peu de gonflement; il n'y a eu aucune trace de fracture.

Le 27. La fièvre et la céphalalgie augmentent; une grande agitation se manifeste; elle est bientôt suivie de mouvements convulsifs dans les membres, et du côté de la mâchoire inférieure; en même temps, le membre supérieur droit se paralyse. Cette période d'agitation, et de convulsions dure environ 48 heures.

Le 30. Un calme relatif s'établit; il y a une diminution notable de la fièvre. Mais je constate l'apparition d'une tumeur molle, fluctuante au niveau de la blessure; quelques gouttes de pus commencent même à suinter par la piqûre. Une incision, aussitôt pratiquée donne issue à une matière brun rougeâtre, très fétide, en quantité plus considérable que le volume de la tumeur ne semblait l'annoncer, signe évident que le liquide provient de la cavité crânienne.

Le 2 octobre. L'écoulement purulent persiste, mais par moments et en petite quantité; pouls lent, céphalalgie, somnolence.

Le 6 décembre. 53 pulsations, coma, écoulement purulent presque nul. L'indication du trépan, me paraît formelle. Je l'annonce pour le lendemain. Mais comme je suis en pays annexé, et que les suites de la blessure, peut être mortelles, donneront lieu à un débat judiciaire, je demande l'assistance d'un confrère.

(1) Voir le numéro précédent.

Le 7. Pendant la nuit précédente, l'écoulement purulent a repris en quantité assez considérable, le coma est moins profond, le pouls moins lent. En présence de cette amélioration, et vu la faiblesse du malade, le jeune confrère allemand, que la famille m'a adjoint, est d'avis d'ajourner l'opération. Cependant, il finit par reconnaître avec moi que, d'un moment à l'autre, les mêmes accidents de compression peuvent se reproduire, et que, placés trop loin pour surveiller les choses, le malade a tout à perdre à la temporisation; qu'il vaut donc infiniment mieux intervenir immédiatement.

Les téguments étant incisés et relevés, et l'os ruginé, au niveau de la blessure, nous constatons qu'il n'y a aucune trace de fracture, ni fissure ossense. Nous apercevons l'orifice externe à bords déprimés du pertuis osseux dû au coup de stylet. Je place la tréphine dans cet orifice, et j'enlève une rondelle de 13 millimètres de diamètre. Nous découvrons alors que la dure-mère n'est pas décollée, mais qu'elle est perforée à son centre par la piqûre soupçonnée. A ce moment, il ne s'écoule encore aucun liquide; mais à peine ai-je introduit la sonde cannelée dans la plaie qu'un jet de pus s'élance avec force le long de l'instrument, et fournit une quantité de matière fétide et brunâtre, que nous évaluons à un hon demi-verre. J'incise la dure-mère, et je place un drain d'environ trois centimètres après avoir constaté que la sonde pénètre de huit centimètres (paroi et téguments compris) dans le crâne. Pas trace de corps étranger.

Le malade ressent un soulagement immédiat, mais il n'y a aucune amélioration dans les symptômes d'aphasie, et de paralysie.

Le 8. Etat satisfaisant, fièvre modérée. Le pus s'écoule facilement, mais une tumeur rougeâtre, formée par le cerveau hernié, occupe l'ouverture du trépan, et fait saillie au dehors. Malgré cette complication, les suites de l'opération sont aussi simples que possible; aucun accident ne survient, de telle façon que 15 jours après le trépan, le malade commence à se lever quelques heures chaque jour. Mais l'écoulement purulent, l'aphasie et la paralysie persistent.

Aucun autre symptôme à signaler jusqu'au 29 décembre, époque à laquelle je suis appelé en toute hâte, pour un accroissement brusque et assez considérable de l'encéphalocèle, sans troubles fonctionnels du reste, et sans obstacle à l'écoulement purulent. Je me borne à rendre la compression de la tumeur plus efficace à l'aide d'un tampon d'ouate, et une bande élastique.

Pendant les mois qui suivent, la douleur diminue en même temps que l'écoulement du pus commence à tarir. Le malade commence à articuler certains mots, et à faire quelques mouvements de son bras paralysé. Enfin, le 23 mars, il est en état de comparaître devant le tribunal de Metz, il peut prononcer quelques phrases, et exécuter des mouvements plus étendus; tout fait espérer qu'avec le temps, il guérira complètement.

En effet, dès le mois de juin, la hernie cérébrale complètement réduite, avait fait place à une dépression des téguments au niveau du trépan; l'écoulement purulent avait entièrement cessé, la parole était revenue, et le malade avait pu reprendre ses occupations habituelles.

Mais, chose singulière, au milieu de ces heureux symptômes, il est pris tout à coup, sans cause apparente, dans le courant de juillet 1886, de crises nerveuses épileptiformes.

Ces crises persistent encore aujourd'hui, et se renouvellent en moyenne tous les mois, bien que moins fortes, et moins complètes que dans le début. Elles ne sont pas toujours accompagnées de chute, et consistent même quelquefois en une simple absence.

Déjà dans cette observation intéressante qu'a bien voulu nous communiquer le Dr Mall, nous retrouvons dans toute leur simplicité les conditions que nous avons reconnues à la plupart des plaies de guerre : traumatisme limité, lésion à un seul foyer qui est souvent accessible. Il n'en est pas toujours

de même surtout en ce qui concerne les plaies par armes à feu.

Sans parler de leurs complications immédiates et de la conduite a tenir en pareil cas (expectation ou extraction du projectile) nous voulons cependant indiquer par deux observations les lésions diverses qui peuvent résulter de la présence du corps étranger : il agit presque toujours lorsqu'il ne détermine pas immédiatement la mort et s'il permet une survie assez longue, soit à la façon d'un corps septique par lui-même, soit encore en laissant seulement la voie ouverte à l'infection : le résultat est facile à prévoir : tantôt méningite seule, tantôt abcès du cerveau, et le pronostic est singulièrement différent ; presque fatal dans le premier cas, si la méningite est étendue ou diffuse, il peut devenir beaucoup moins grave dans le second. Nous retrouvons donc encore la signification pronostique grave qui dépend tout autant de l'étendue de la lésion que de son siége, sa localisation étant la condition nécessaire et indispensable de l'intervention opératoire.

Deux observations qui proviennent toutes deux du service de notre cher maître le Dr Polaillon à la Pitié, font bien concevoir cette différence et trouvent leur place à la suite de celles que nous avons déjà rapportées.

La première que nous résumons a été publiée déjà à la Société anatomique (1888) et est consignée in extenso dans les bulletins. Notre maître et ami le Dr Chaput qui en a fait l'objet d'un rapport a bien voulu, par quelques considérations qu'il y a ajoutées, la rendre particulièrement intéressante.

Il s'agit d'un malade qui se tira une balle de 7 millimètres dans l'oreille droite. Amené à l'hôpital le 19 août 1887, il ne présente à ce moment que les signes bien nets d'une pénétration du projectile dans le rocher avec somnolence et obtusion des sens. Il fut traité dans le service jusqu'au 6 septembre et après de nombreux pansements antiseptiques l'état général étant parfait, il fut envoyé à Vincennes 18 jours après l'accident.

Il y reste 15 jours, retourne chez lui et 3 mois et 17 jours après la tentative de suicide, il est ramené dans le service à la suite de troubles de station, de vertiges qui s'accroissent chaque jour : l'emploi du stylet de Trouvé fait constater la présence de la balle dans la profondeur du rocher.

L'état général s'aggrave ; revenu le 6 décembre, on porte dès le 14 un pronostic grave ; le 18 la température est à 39°4 ; le coma se mêle à des intervalles de délire ; le 19 l'agitation est des plus vives et les complications méningo-encéphaliques sont depuis plusieurs jours évidentes.

Le 20 le coma s'affirme ; le 22 le malade est à l'agonie et il succombe à 4 heures du soir.

Nous n'insistons pas sur la partie physiologique de l'observation et de l'autopsie qui nous a conduit à des résultats intéressants sur les lésions du facial, de la corde du tympan et des canaux semi-circulaires.

Mais, en ce qui concerne la lésion cérébrale elle-même, nous trouvons :

1° Une pachyméningite séro-purulente, siégeant sur les enveloppes cérébrales sous forme de plaque épaisse adhérente à la paroi supérieure du rocher.

2° Une infiltration méningée séro-purulente, sous forme de plaques un peu diffuses, siégeant au niveau de la scissure de Sylvius gauche, de la même région du côté droit et du côté du lobule du pli courbe ; enfin au niveau des sillons bulbo-cérébelleux et non loin des amygdales, ces plaques paraissent être de production récente.

3° A la face inférieure du cerveau, au niveau de la scissure de Sylvius, on trouve une vaste anfractuosité en rapport avec la plaque de pachyméningite déjà mentionnée, remplie de sérosité purulente et située très exactement au niveau du 1/3 antérieur et moyen du lobe sphénoïdal droit.

Après lavage de cette cavité, le doigt peut être introduit directement dans le prolongement sphénoïdal du ventricule latéral dont toute la paroi interne a été détruite ; la paroi de la cavité est alors formée par la face interne de la corne sphénoïdale et par les fausses membranes purulentes adhérentes au rocher.

Primitivement donc la lésion a été à un seul foyer, et les infiltrations diffuses de la pie-mère peuvent être passées sous silence puisque à un certain moment elles n'existaient pas.

Nous avons pensé avec M. Chaput que l'on eût pu dans ce cas intervenir, non point tardivement, mais dès la rentrée du malade à l'hôpital après son premier séjour à Vincennes. M. Gérard Marchant croit qu'il n'y a pas lieu de regretter l'absence d'intervention et on peut en effet admettre avec lui que les lésions osseuses multiples que nous avons décrites ailleurs rendaient pareille tentative bien laborieuse et l'issue fort douteuse.

Mais le point sur lequel nous voulons insister c'est que l'intervention, si grave et si difficile qu'elle fût, aurait fait découvrir, et aurait évacué l'abcès grâce au guide que fournissait la présence du projectile pour établir la localisation de la lésion.

L'hésitation est donc beaucoup moindre lorsque les commémoratifs, lorsque l'examen du malade révèlent la présence d'un corps étranger point de départ d'un foyer d'infection localisé au moins début autour du corps étranger, du projectile enclavé dans le tissu osseux sous les méninges. Dans ces conditions le chirurgien sait ou croit savoir où doit porter la tréphine et ce n'est plus qu'une question de siége anatomique (comme dans le cas précédent) ou d'état général du blessé qui peut contre-indiquer l'opération. Ajoutons que celle-ci étant pratiquée ordinairement plusieurs semaines après le traumatisme, et plus longtemps encore, la localisation des symptômes peut apparaître d'autant plus nette que le cortége des signes provenant du shock a disparu.

Plaie par arme à feu, expectation, abcès consécutif du cerveau à intervalle éloigné : telles sont les conditions que nous retrouvons souvent dans cette catégorie d'observations et qui simplifient singulièrement la discussion des indications opératoires.

Est-ce à dire qu'il en soit toujours ainsi ? De trop nombreuses observations ont déjà répondu à la question et nous y joignons la suivante :

B. N..., âgé de 35 ans, forgeron est amené dans le service de M. Polaillon, salle Broca n° 10, le 15 juillet 1887.

La tentative de suicide a eu lieu à Valognes ; le malade et son frère ont essayé de se suicider en même temps : ils tombent tous deux dans la campagne, restent assoupis ; réveillés par le froid, ils font encore 1 kilomètre 1/2 à pied et sont admis tous deux à l'hôpital de Valognes où ils reçoivent des soins pendant dix jours consécutifs. L'un guérit ; quant à B. N..., il s'est tiré deux balles dans le conduit auditif externe et toutes les tentatives d'extraction faites en première ont échoué. Le médecin en présence de son instrumentation défectueuse envoie le malade à Paris pour que l'on procède à l'extraction du projectile.

Pendant tout ce temps, céphalée intense, pas de troubles de la parole, mais la mémoire s'est beaucoup affaiblie ; il y a eu trois hémorrhagies consécutives par l'oreille ; un peu d'écoulement sanguin par le nez.

A l'entrée, nous trouvons deux orifices d'entrée des projectiles :

l'un au niveau de la région temporale droite, l'autre au niveau du conduit auditif externe.

Le malade parle et s'exprime bien : il n'offre aucun trouble de la station et de la marche ; l'appétit est bon ; cependant il se lève la nuit, ses allures paraissent bizarres à ses voisins. Entré le 15 juillet il n'offre rien de particulier jusqu'au 18, jour où il reste alité, la respiration haletante. Le soir l'état est très grave ; la température est à 39°6.

Le 19 le malade est déjà dans le coma ; le pouls est à plus de 100, la température à 40° 4. Immobilité absolue, incontinence des urines.

M. Polaillon formule le diagnostic : « Ostéite nécrosique du rocher avec retentissement purulent méningé et phénomènes de septicémie ». A 5 heures du soir la température est à 41° 2, et le malade meurt un quart d'heure après sans présenter de phénomènes particuliers.

Autopsie. — La balle a perforé la conque de l'oreille, filé le long de l'apophyse mastoïde et gagné la nuque : on n'a pu la retrouver ; elle a produit un éclatement de l'apophyse mastoïde ; la balle tirée dans la région pariétale n'a pas perforé l'os.

Le crâne étant enlevé, la dure-mère apparaît absolument lisse, non adhérente. Mais la pie-mère présente deux larges plaques de méningite, non adhérentes à la substance corticale. Celle qui siège au niveau de l'hémisphère droit recouvre le pied des deux premières frontales horizontales : la frontale ascendante, le sillon de Rolando, la pariétale ascendante et tout le lobule pariétal supérieur empiétant sur le pli courbe ; du côté de la face interne du même hémisphère, infiltration séro-purulente de la pie-mère qui recouvre toute l'étendue du lobule paracentral.

En ce qui concerne l'hémisphère gauche, la portion de pie-mère infiltrée de pus, recouvre le lobule pariétal supérieur et la pariétale ascendante empiétant un peu sur l'extrémité supérieure du sillon de Rolando et descend jusqu'au sillon qui sépare la première pariétale horizontale de la deuxième. Point d'autre lésion cérébrale.

En résumé, infiltration séro-purulente étendue de la pie-mère consécutive à un traumatisme de la boîte cranienne limité à la partie antérieure de l'apophyse mastoïde.

Cette observation nous semble compléter la série des lésions anatomo-pathologiques qui peuvent se produire : nous en pouvons résumer l'enseignement en disant : plaie par arme à feu, accidents méningés tardifs sans signes localisés, bien que la lésion portât au niveau de la zone motrice du cerveau et l'on comprend pourquoi, puisque le cortex n'a été en rien intéressé, la pie-mère enflammée se décortiquant bien : il n'en est pas moins vrai que l'intervention qui pouvait paraître autorisée eût été absolument inefficace.

Par cette série d'observations, nous avons voulu montrer combien différent les cas dans lesquels le chirurgien peut être appelé ou se croire autorisé à intervenir. Nos conclusions seraient donc une répétition des propositions que nous avons placées en tête de cette étude : nous n'y ajouterons que ce fait déjà connu des cliniciens, que les lésions même considérables de la zone motrice peuvent ne donner lieu qu'à des symptômes localisés, négligeables, qu'inversement des lésions éloignées peuvent retentir à distance sur les centres moteurs ainsi que l'a montré M. Le Dentu et donner lieu à une localisation symptomatologique qui contraste avec les constatations anatomiques. Ce sont donc autant de facteurs dont le clinicien doit tenir compte lorsqu'il établit la balance des indications et contre-indications de l'intervention, et dont l'opérateur doit se défier lorsqu'il recourt à l'application du trépan.

REVUE DES JOURNAUX

TUBERCULOSE.

I. Recherches expérimentales sur la contagiosité du lait provenant des vaches tuberculeuses, par le Dr Hirscheberger. *Deutsches Archiv für Klin. Medicin.* T. XLIV, fasc. 5 et 6. p. 500, 1889.

II. — Un cas de tuberculose inoculée chez l'homme, par le Dr Gerber. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889. n° 16, p. 322.

III. — Lymphomes tuberculeux ayant évolué sous les traits d'une pseudoleucémie fébrile, par le Dr Askanazy, *analysé in : Fortschritte der Medicin*, 1889, n° 4, p. 141.

IV. Sur le mode de développement et de propagation de la tuberculose des articulations, par le Dr Pawlowsky. *Centralblatt für Bactériologie* 1889. T. V. fasc. 21.

V. — Tuberculose de l'articulation du genou, consécutive a un traumatisme, chez un enfant de 20 mois, amputation, guérison, par le Dr W. Duncan. *New-York. medical Journal* 1889, p. 531.

VI. — Sur le traitement de la tuberculose de l'articulation sacro-iliaque, par le Dr Van Hock, *Annals of Surgery*, 1889, n° 2.

I. — La question de la contagiosité du lait provenant de vaches tuberculeuses est encore très controversée. Cela résulte clairement de la discussion pendante devant l'Académie de médecine, et relative à la prophylaxie de la tuberculose. Il n'est pas jusqu'aux expérimentateurs qui aient formulé des opinions contradictoires sur cette question. C'est ainsi qu'en Allemagne, Gerlach, Bollinger, Klebs, Gunther et Harms ont conclu pour l'affirmative, tandis que Virchow (1), dans la critique qu'il a faite des expériences sur lesquelles se fondait cette conclusion, est allé jusqu'à repousser toute assimilation entre la tuberculose humaine et la phtisie des vaches vulgairement la « *pommelière* ». En France, M. Peuch (2) élève de Bouley, a communiqué à l'Académie des sciences, des faits d'ordre expérimental qui démontraient, selon lui, la transmissibilité de « la tuberculose de la vache par l'usage alimentaire du lait *non bouilli* et par l'inoculation du jus de viande *crue* ». M. Colin, d'Alfort, en s'appuyant sur des raisons de même ordre, a nié récemment cette transmissibilité. (Académie de médecine, séance du 20 août).

Sous la direction du professeur Bollinger, de Munich, M. Hirscheberger a poursuivi la solution de cette intéressante question d'hygiène alimentaire, en modifiant les procédés employés jusqu'alors, par la plupart des expérimentateurs. Il a injecté le lait suspect dans la cavité abdominale des animaux auxquels il se proposait de transmettre la tuberculose. Déjà May, Bang, Stein, avaient eu recours à ce procédé, et leurs expériences avaient abouti à des résultats positifs. Seulement le lait employé pour ces expériences provenait soit de vaches en état de phtisie très avancée, généralisée, soit de vaches dont les mamelles étaient le siége de lésions tuberculeuses. M. Hirscheberger a élargi le cercle de ces expériences. Il s'est proposé de rechercher dans quelles formes de la pommelière le lait est infectieux, si la transmission de la tuberculose s'effectue seulement quand le lait provient d'une vache affectée d'une tuberculose généralisée (ainsi que l'admettent May et

(1) *Gazette médicale*, 1880, p. 321, 529 et 542.
(2) Voir Ibidem, 1880, n° 29, p. 373.

Stein), ou s'il effectue même quand l'animal ne présente que des lésions tuberculeuses circonscrites.

Je passe sur la description des précautions très minutieuses prises par M. Hirschberger, dans le but de se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, pour ne retenir que ce détail: Les animaux qui ont servi aux inoculations, aussi bien que les sujets de contrôle, étaient tous des cobayes jeunes, vigoureux, achetés récemment et logés dans des cages bien aérées et bien entretenues.

Voici maintenant pour les résultats :

Les différents échantillons de lait, employés par M. Hirschberger, provenaient de :

Cinq vaches affectées d'une tuberculose à peu de chose près généralisée;

Six vaches affectées d'une tuberculose de moyenne intensité;

Neuf vaches affectées de lésions tuberculeuses au début et localisées dans les poumons.

Les inoculations faites avec le lait des animaux de la première catégorie ont donné 4 résultats positifs, 1 résultat négatif.

Les inoculations pratiquées avec le lait des vaches de la deuxième catégorie ont donné 4 résultats positifs et 2 résultats négatifs.

Enfin la troisième série d'inoculations a donné 3 résultats positifs et 6 résultats négatifs.

Donc, même quand il provient d'une vache portant des lésions tuberculeuses localisées, le lait est susceptible de transmettre la tuberculose (par voie d'inoculation). Les chances de transmission sont d'autant plus grandes que l'animal est atteint d'une tuberculose plus avancée et que son état général est plus compromis. A noter qu'une seule fois M. Hirschberger a pu découvrir des bacilles de Koch dans le lait qui a servi à ces inoculations. Il semble donc que dans les conditions susdites, l'agent de transmission de la tuberculose est représenté par les spores, par les formes durables du bacille de la tuberculose.

Resterait à savoir jusqu'à quel point ces résultats sont applicables au cas où le lait provenant d'une vache tuberculeuse est ingéré à l'état cru, par la voie stomacale. De l'avis de M. Hirschberger, les bacilles de la tuberculose, en suspension dans le lait, doivent être détruits en majeure partie lors du passage de cet aliment à travers le tube digestif normal; mais vraisemblablement il n'en est pas de même des spores de ce même bacille. Une partie au moins de ces spores doit pénétrer dans les chylifères et les lymphatiques, et comme il leur faut environ deux à trois semaines pour se transformer en bacilles, elles ne peuvent devenir la source d'une infection tuberculeuse qu'autant qu'elles ne sont pas éliminées hors de l'organisme avant ce délai relativement long. Il est donc à présumer que lorsque le système lymphatique et les organes d'élimination, les reins en particulier, fonctionnent normalement, les spores absorbées à la surface de la muqueuse gastro-intestinale sont rejetées au dehors avant leur transformation en bacilles.

II. — Le fait relaté par M. Gerber concerne personnellement l'auteur. En pratiquant l'autopsie d'une vieille femme morte phtisique, M. Gerber se fit une piqûre au petit doigt de la main gauche, au moment où il venait de sectionner les poumons qui étaient parsemés de foyers tuberculeux récents et anciens. Une fois l'autopsie terminée, la piqûre fut lavée avec une solution phéniquée forte (5 0/0). Dans la nuit le doigt piqué et la main gauche devinrent le siège de douleurs assez vives. Le lendemain, le doigt était tuméfié, rouge; la rougeur s'étendait le long du bord externe de la main jusqu'au-dessus du poignet. La petite plaie était fermée; elle fut réouverte et dilatée, puis reconverte de compresses tièdes imbibées d'une solution d'acétate d'alumine. Température interne, un peu au-dessus de 38°. Anorexie. Le surlendemain, la rougeur et la tuméfaction locale s'étaient dissipées; l'état général était des plus satisfaisants. La petite plaie ne guérissait pas; à son niveau il se développa une nodosité recouverte par une couche mince de peau bleuâtre et très douloureuse.

Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois de mars 1888. A cette époque, la petite nodosité fut incisée par un confrère, puis enlevée avec des ciseaux; on appliqua sur la plaie un pansement iodoformée. Peu de temps après, le patient ressentit de légères douleurs dans l'aisselle gauche, qui s'irradiaient le long du bord interne du bras, vers l'épaule; il se forma dans l'aisselle, un paquet de 5 à 6 ganglions tuméfiés. Au bout de quelques jours, fièvre intense, à type rémittent. Etat typhoïdique, pendant quelques jours seulement.

Au mois de mai, M. Gerber consulta le professeur Mikulicz. Les choses étaient alors dans l'état suivant :

Dans l'aisselle gauche, paquet ganglionnaire du volume d'un œuf d'oie, mobile, très douloureux à la pression. Au-dessus de la clavicule, trois petites nodosités dures également mobiles. M. Mikulicz diagnostiqua une tuberculisation des ganglions lymphatiques. Il proposa l'extirpation des ganglions malades. L'opération fut acceptée et pratiquée le 5 juin. La guérison se fit sans encombres. L'examen bactériolgique des ganglions extirpés vérifia le diagnostic porté par M. Mikuliez.

III. — A l'autopsie d'une femme de 32 ans, qui, de son vivant, avait présenté les symptômes de la pseudo-leucémie, M. Askanasy a reconnu l'existence d'une tuberculose des ganglions de la région sus-claviculaire, et des ganglions situés au pourtour de la trachée des bronches, vers le hile de la rate et dans le mésentère. Les autres organes étaient indemnes de lésions tuberculeuses.

IV. — M. Pawlowsky conclut de ses recherches sur le mode de développement des arthrites tuberculeuses, que les bacilles spécifiques pénètrent d'abord dans le tissu conjonctif des synoviales et dans les espaces lymphatiques. Là, ils sont détruits en partie, par les leucocythes; mais ceux-ci contribuent à la propagation de la tuberculose, en ce que dans leurs déplacements, ils entraînent avec eux le virus tuberculeux. L'infection se propage ensuite par la voie des lymphatiques, pour aboutir à une tuberculose généralisée.

V. — L'observation de M. Duncan concerne un enfant qui, à l'âge de vingt mois, reçut un coup de pied de cheval sur le genou gauche. Tout d'abord, le traumatisme n'eut pas de suites apparentes. C'est seulement quelques mois plus tard que le genou enfla; l'année suivante, trois fistules se formèrent, l'une au côté droit, l'autre au côté gauche du genou, la troisième au-dessous de la rotule. La suppuration qui se faisait par ces trois fistules était devenue profuse, lorsque l'enfant, âgé alors de trois ans, fut présenté à M. Duncan. En fait d'autres signes et symptômes, on notait une fièvre presque continue, avec sueurs nocturnes; au sommet droit, l'expiration était prolongée. Il fallut procéder à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. L'enfant s'est complètement rétabli.

VI. — M. van Hock publie les résultats de recherches très consciencieuses, relatives à la tuberculose de l'articulation sacro-iliaque, pour conclure que :

Les lésions tuberculeuses de l'articulation sacro-iliaque sont réfractaires aux médications internes, lesquelles, toutefois, peuvent avoir leur utilité. Ainsi l'emploi des révulsifs est indiqué

quand il existe de la douleur, une déformation ou une tuméfaction articulaire, sans abcès. De tous les révulsifs, le cantère actuel paraît être le plus efficace.

En l'absence de suppuration, le repos mécanique constitue le remède par excellence.

Une fois qu'un abcès s'est formé, il faut sans retard recourir à une intervention radicale. Quand l'abcès siège dans le bassin, il faut lui frayer une issue vers la région antérieure de l'articulation; quand la collection de pus siège hors du bassin, il faut l'inciser directement, pour évacuer le pus. Quand il existe des abcès à la fois au dehors et à l'intérieur du bassin, il faut ouvrir d'abord les collections les plus superficielles, et dilater les trajets de communication, de manière à pouvoir tenter la guérison radicale des abcès profonds. Cette guérison ne doit jamais être poursuivie par le moyen de fistules à long trajet. Il faut, de plus, combiner les lavages antiseptiques avec l'immobilisation de la jointure, au besoin avec l'extension et la contre-extension.

Enfin, lors d'une opération radicale, il faut détruire jusqu'aux derniers vestiges de tissu tuberculeux.

(*à suivre.*) E. Ricklin

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Urines; dépots, sédiments, calculs. Application de l'analyse urologique a la séméiologie médicale, par E. Gautrelet, pharmacien de 1re classe, etc., avec préface de M. le Dr Lecoaché, in-18 Paris, 1889.

Le livre que vient de publier M. Gautrelet ne fait pas double emploi avec les manuels et traités d'urologie déjà existants, même les plus récents. Il est conçu sur un plan nouveau; une partie tout entière de cet ouvrage touche de près à la clinique. L'application de l'analyse des urines à la séméiologie n'est assurément pas une nouveauté, mais beaucoup de conclusions auxquelles est conduit M. Gautrelet n'avaient pas encore été proposées.

L'auteur commence par une étude de la sécrétion urinaire et en propose une théorie particulière; pour lui, le passage du liquide à travers les parois des vaisseaux constitue non pas une filtration, mais une dialyse, phénomène qui exige, sur chacune des faces de la membrane, du liquide en parfait contact avec elles. Ce n'est qu'au niveau des glomérules qu'il peut se réaliser; pour l'auteur, les anses de Henle ne sont que des siphons à niveau constant et les tubuli contorti des serpentins multipliant le volume du vase extérieur de l'appareil dialysant. Quant à la nature diverse des épithéliums, elle s'explique par la différence même des fonctions que les parties qu'ils recouvrent sont appelées à remplir. Cette théorie reste jusqu'à présent une hypothèse, ingénieuse il est vrai, mais qui gagnerait à s'appuyer sur des faits expérimentaux.

La première partie, qui a pour objet l'examen général de l'urine, est traitée avec beaucoup de soin. Prenons, par exemple, le chapitre qui se rapporte aux propriétés de l'urine et à sa toxicité; sous une forme concise, on y voit signalés les principaux travaux faits sur ce point par Muron, Feltz et Ritter, Lepine, etc., puis l'étude des différentes substances toxiques et, enfin, comme résumé, l'auteur établit le coefficient urotoxique de l'homme; celui-ci serait égal à 0,464; c'est-à-dire «qu'en vingt-quatre heures 1 kilogramme d'homme fabrique de quoi tuer 464 grammes d'être vivant, ou encore, qu'en deux jours et quatre heures l'homme fabrique les matières qui suffiraient pour le tuer lui-même, s'il ne les éliminait pas au fur et à mesure de leur production ». L'auteur fait des réserves relatives au moment de la production des substances toxiques pendant l'état de veille ou de sommeil. On sait qu'il y en a de plus importantes à établir suivant les divers états pathologiques et, qu'un homme peut rester anurique pendant un grand nombre de jours et ne présenter que très tardivement des phénomènes d'intoxication.

L'étude de l'urine anormale est faite surtout au point de vue chimique; la microbiologie n'y occupe qu'une petite place. L'auteur entre ensuite dans la description de la technique de l'analyse urologique et nous le voyons consacrer judicieusement et tout d'abord d'amples développements à l'étude des caractères extérieurs et de leurs modifications. Cette analyse clinique est volontiers laissée de côté par un grand nombre de personnes qui se sont occupées d'urologie, au détriment du diagnostic. Les dépôts, les sédiments, les calculs sont ici décrits ainsi que les procédés d'analyse qui leur sont propres. Nous ne pouvons suivre M. Gautrelet dans tous les détails qu'il donne à ce sujet; si le praticien y trouve les procédés habituels, le chimiste de profession y rencontre encore plus de renseignements, sur les points particuliers que vise une analyse approfondie. Signalons, toutefois, un appareil particulier, un uroazotimètre dû à l'invention de M. Gautrelet et destiné au dosage différentiel volumétrique des divers matériaux azotés de l'urine par la réaction de l'hypobromite de soude.

La partie clinique suit l'exposé de l'analyse des urines. Un des chapitres où se montre le plus d'originalité est celui qui a trait aux diathèses. Pour l'auteur, elles dépendent des variations de l'acidité de l'urine et, il distingue des diathèses par hyperacidité et par hypoacidité. Il passe en revue, de nouveau, toutes les modifications survenues dans les échanges organiques, locaux ou généraux, les altérations des divers organes et des tissus: dans chacun de ces groupes les deux modifications hyper ou hypoacides, enfin, les causes occasionnelles tirées de l'hérédité, de l'alimentation, de l'exercice, du climat, des médicaments.

Cette conception du rôle pathogénique des urines altérées dans leur composition normale, nous semble ouvrir un champ nouveau à d'intéressantes recherches. On connaît, en effet, aujourd'hui les tendances de la pathologie générale : les diathèses, les maladies constitutionnelles, telles que les comprenait Bazin, trouvent des défenseurs de moins en moins nombreux; Les diathèses tuberculeuses, cancéreuses, par exemple, ne peuvent plus être envisagées comme autrefois. Les recherches anatomiques ont donné un substratum plus solide à ces vues de l'esprit. Il en est de même des maladies constitutionnelles, de la scrofule, de l'herpétisme, de la syphilis; seul l'arthritisme semble avoir survécu, et un grand nombre de personnes l'admettent encore, bien que la cause générale qui fait observer chez un même individu tour à tour un eczéma, des sédiments uriques, une migraine, des varices ou une amygdalite reste encore enveloppée de mystères.

Or, c'est surtout aux manifestations dites de l'arthritisme que se rapportent les affections rangées par M. Gautrelet dans le chapitre de la diathèse hyperacide; de nouveaux travaux dirigés dans cette voie ne peuvent manquer d'être féconds. De même que l'étude de la tuberculose a acquis une précision remarquable depuis qu'à l'idée théorique de diathèse s'est substitué un élément organisé, de même les affections arthritiques deviendront plus claires s'il est possible de les rapporter

toujours à une hyperacidité des liquides et des tissus de l'organisme.

Dans l'étude qu'il fait des maladies en particulier, M. Gantrelet a été parfois moins bien inspiré et certains détails manquent d'exactitude. C'est ainsi qu'il considère l'oblitération de l'uretère, par un calcul, comme devant amener une inflammation de la substance rénale; or, on sait que dans ce cas, quelle que soit la durée de l'obstruction, on observe une hydronéphrose et que la suppuration ne se produit que lorsqu'il s'y joint un élément parasitaire. Quant à certaines espèces de cystites telles que les cystites essentielles, traumatiques, voire même les cystites *a frigore*, leur existence est plus que contestable; il en est de même de la théorie par laquelle la blennorrhagie serait une cause de troubles trophiques se répercutant sur la muqueuse vésicale et amenant une altération histologique constituant la cystite. Si nous nous rapportons à un autre travail publié par M. Gautrelet sur les cystites, nous trouvons que la cause de son erreur vient de ce que des diagnostics tout faits qu'on lui a apportés manquent souvent d'exactitude, et, qu'il a analysé des urines de personnes qu'il croyait atteintes de cystite et qui, en réalité, n'en présentaient pas.

A part ces critiques de détail, le livre de M. Gautrelet n'en reste pas moins une œuvre originale, remplie de faits bien observés, et d'analyses rigoureuses. Il rendra, nous le répétons, de grands services au clinicien et au chimiste de profession.

REVUE DES THÈSES.

De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour l'extraction des calculs et des corps étrangers de la vessie, par M. N. Estrabaud. — (Thèse de Paris 1889).

Ce travail comprend un historique bien étudié et un résumé d'un grand nombre d'observations de dilatation uréthrale chez la femme. L'auteur passe en revue les divers procédés de dilatation et rejette, après un court examen, la dilatation lente soit au moyen de bougies introduites de la même façon que chez l'homme, soit à l'aide de substances susceptibles d'expansion telles que la laminaire, l'éponge. Cette dilatation, temporaire ou permanente, donne des résultats incomplets et qui exigent un temps variable et toujours long. La dilatation rapide est favorable : M. Estrabaud décrit minutieusement le procédé qu'emploie M. Reliquet et qui consiste dans l'introduction, dans l'urèthre, d'un dilatateur à trois branches. L'opération, facile, demande néanmoins une grande prudence; si l'on ne veut porter le diamètre de l'urèthre qu'à 2 centimètres environ, elle est recommandable et à la portée de toute personne habituée à la chirurgie. Il ne nous semble pas en être de même si on cherche, comme le recommande l'auteur, à atteindre un diamètre de 3 centimètres. Cette dimension constitue une extrême limite, qu'il ne convient de rechercher, que lorsqu'on a une certaine habitude de cette opération : car il pourrait en résulter une incontinence plus ou moins permanent. Pour ce qui est de l'instrument, le dilatateur à trois branches permet assurément une bonne dilatation; toutefois, un dilatateur plein, tel que celui de Guyon-Duplay, confère une plus grande sécurité. Il en est de même des bougies d'Hégar, construites pour la dilatation du col utérin.

Quant au choix de l'opération, M. Estraband accorde sans réserve ses préférences à la dilatation rapide. Il est difficile de se faire une opinion d'après les observations publiées, car les détails indispensables pour juger des difficultés opératoires sont rarement données. Sans entrer dans une discussion que nous pouvons aborder ici, nous croyons, d'une part, que la lithotritie reconnaît un certain nombre d'indications; d'autre part, la dilatation est bonne pour les calculs dont le diamètre ne dépasse pas 2 centimètres 1/2 ; dès qu'il est nécessaire de les broyer, elle risque de devenir incomplète, car les fragments se dissimulent aisément dans une vessie flasque et anfractueuse, comme l'est d'ordinaire celle de la femme; la taille est alors mieux indiquée; la lithotritie elle-même, paraît supérieure car elle permet de pratiquer l'aspiration des fragments, laquelle devient impossible quand le col a été forcé.

Dr E. Desnos.

Contribution a l'étude de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz (résection ostéo-plastique du pied), par H.-V. Simon. (Th. de Paris, 1889).

L'opération que Wladimiroff pratiqua le premier en 1871, et que Mikulicz révéla sans le savoir paraît-il, et décrivit dix ans après, consiste dans la résection du tarse postérieur, de la presque totalité du tarse antérieur et de l'extrémité inférieure des os de la jambe auxquels on suture directement ce qui reste du pied. Le membre ainsi transformé en une colonne de sustentation verticale, rigide, dans sa partie inférieure rend l'opéré digitigrade, de plantigrade qu'il était avant l'intervention : la marche et l'appui s'exécutent sur les orteils en hyperextension et sur la tête des métatarsiens.

A l'occasion d'un rapport sur la matière fait par M. Berger, la Société de chirurgie a bien voulu reconnaître dans une de ses dernières séances que si l'opération de Wladimiroff-Mikulicz pouvait avoir l'avantage de rétablir la marche avec un membre aussi long et aussi parfait à peu près qu'à l'état normal, il ne fallait guère compter sur de pareils effets que dans les cas où le traumatisme était seul en cause. En présence d'affections diathésiques et surtout d'ostéo-arthrites tuberculeuses du tarse postérieur, Segond, Prengrueber, Després et Ollier réservent leurs préférences soit aux opérations à distance, soit aux ruginations et grattages, soit aux pointes de feu suivies d'immobilisation et de compression prolongées. On doit avouer avec M. Berger que les objections présentées s'appuyaient plus sur des impressions que sur des faits et nous pensons avec lui qu'il convient d'accueillir avec un peu plus de faveur les résultats vraiment encourageants que l'opération a déjà fournis. Pratiquée 34 fois pour des lésions tuberculeuses, pour des ulcérations rebelles du talon, pour des fractures vicieusement consolidées, pour des lésions accidentelles, pour un ostéo-sarcome du calcanéum, pour un sarcome mélanique, elle a donné 20 résultats si satisfaisants que 14 de ces derniers opérés pouvaient monter un escalier, gravir une échelle, marcher sans appui pendant deux ou trois ans.

Le manuel opératoire consiste à sectionner toutes les parties molles postérieures qu'on enlève par une ellipse coudée sous les malléoles, on pratique la vitalité du segment conservé. Il conviendrait assurément, suivant l'avis de M. Berger, de rechercher un procédé spécial permettant de conserver en outre la vascularisation et l'innervation fournies par les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs. Les craintes de sphacèle seraient ainsi écartées. Le bourrelet postérieur qui en résulterait, fort gênant nous en convenons, ne tarderait pas sans doute à diminuer dans des proportions assez fortes.

Il est à désirer que la science soit bientôt en possession d'un nombre de faits suffisants pour établir un jugement définitif.

De la rupture sous-cutanée du biceps brachéal d'origine traumatique, par A. Sallefranque. (Thèse de Paris).

L'étude des ruptures musculaires est relativement récente.

Quant à la première observation de rupture sous-cutanée du biceps d'origine traumatique, elle semble appartenir à Sansou et ne remonte qu'à l'année 1834. Quoique depuis cette époque un certain nombre d'autres cas aient été publiés, il n'en reste pas moins vrai que cette lésion est fort rare. Elle paraît survenir à la suite d'altérations musculaires comme on peut en voir dans les fièvres infectieuses; tenir à une friabilité particulière de la fibre consécutive à un excès de fatigue fonctionnelle et le plus souvent encore résulter de cette seule dernière cause. Ceci explique sa plus grande fréquence chez l'homme. La rupture généralement partielle, porte par ordre de fréquence sur la portion charnue, sur la longue portion. Le diagnostic en est facile à moins que la lésion ne soit ancienne auquel cas il y a lieu de la différencier d'avec les diverses tumeurs qui peuvent atteindre le muscle. On devra tenter le rapprochement des fragments en fléchissant le plus possible l'avant-bras sur le bras en s'aidant d'une demi-gouttière plâtrée postérieure. La réparation se fera rarement, le plus souvent la réunion aura lieu par intersection fibreuse. A signaler quatorze intéressantes observations publiées ou inédites qui servent de base au présent travail.

Des plaies du rein par coup de feu,
Par T. Milas. (Thèse de Paris, 1889).

L'étude des plaies du rein par coup de feu est étroitement liée à l'étude des plaies pénétrantes abdominales. Tandis que d'un côté se trouvent les interventionnistes systématiques, les laparotomiseurs à outrance qui veulent aussitôt après l'accident ouvrir le ventre, aller à la recherche des plaies, soit pour suturer, soit pour extirper ou réséquer l'organe blessée, de l'autre se rencontrent ceux qui font de l'expectation armée, qui attendent des accidents pour intervenir. L'auteur se range plus volontiers parmi ces derniers d'autant qu'une statistique abstentionniste de seize cas lui donne dix guérisons et six morts. L'étude est restreinte aux plaies produites par armes de petit calibre par « armes civiles ».

Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet, par H. Houdet. (Th. de Paris, 1888).

Avant d'être réunie sous le haut commandement de l'amiral Courbet, l'escadre de l'Extrême-Orient se composait des deux divisions séparées de la Chine et du Tonkin. Tandis que la première jouissait d'un état sanitaire des plus satisfaisant par suite de son stationnement durant une partie de l'été dans les régions saines et tempérées du nord de la Chine; la seconde se trouvait dans des conditions malheureusement opposées résultant de son long et pénible séjour dans la baie d'Along.

Cette différence dans la situation médicale, très accentuée pendant les trois premiers mois des hostilités disparut avec ce qu'elle avait de bon, lors du blocus de Formose : la pratique prolongée du même mouillage, favorise l'éclosion des affections paludéennes en général et surtout des accès pernicieux, entraîne le découragement, rend le ravitaillement en vivres frais si difficile que le scorbut ne tarde pas à paraître. La période des maladies est ouverte pour ne se terminer que six mois après avec la fin de la guerre.

Il y a beaucoup à glaner dans ce travail qui eut gagné à être présenté avec plus de méthode. L'auteur s'aidant des notes prises pendant la campagne et des renseignements recueillis, toucher un peu à tout, à la pathologie, à l'épidémiologie, à l'hygiène. La partie administrative est aussi visée quand il exprime avec juste raison le souhait que le nombre et la quantité des médicaments soient établis d'après les exigences du climat sans lequel un bâtiment doit aller en expédition. Il démontre en passant les défectuosités hygiéniques présentées par les nouveaux cuirassés et insiste sur la nécessité d'organiser, pour les compagnies de débarquement, un corps de brancardiers analogue à ceux dont sont actuellement dotés nos corps d'infanterie.

Contribution a l'étude de la maladie osseuse de Paget (ostéite déformante; ostéite ossifiante diffuse), par V. Richard. (Thèse de Paris.)

L'affection que Sir James Paget signalait en novembre 1876 à la Société royale médicale et chirurgicale de Loudres comme un mal nouveau, comme un état pathologique d'apparition récente, résultant d'une sorte de transformisme morbide capable, en modifiant les maladies, de mettre au jour des genres inconnus ou de faire revivre des types oubliés; que M. Pozzi à son tour décrivait au Congrès français de chirurgie en 1885 comme une entité nosologique sans rapport avec les variétés cliniques anciennement connues et qu'il proposait d'appeler *pseudo-rachitisme sénile* ne constituerait pas un genre morbide à part et n'apparaîtrait d'après M. Richard que comme une manifestation assez rare de l'arthritisme. De l'examen approfondi de nombreux cas publiés ou inédits ce dernier se reporte à l'article du traité de l'herpétisme où M. Lancereaux s'occupe des lésions osseuses. Il y trouve signalés avec les caractères constants de l'altération et de sa prédilection marquée pour les épiphyses, l'accroissement en longueur et même en largeur d'une partie ou de la totalité des os longs ou des os plats lorsque la végétation osseuse s'étend à la diaphyse, la dureté et la densité qu'ils acquièrent bien que leur résistance soit amoindrie. Il en conclut que l'affection dite *maladie de Paget* individualise plutôt un des trois types cliniques de l'ostéite déformante qu'il propose de distinguer, type réalisé par la localisation prédominante ou exclusive aux os de la sclérose dystrophique atteignant le plus habituellement les articulations. Les déformations osseuses coexistant ordinairement avec les désordres articulaires servent de transition entre la maladie de Paget proprement dite et les cas où à la place des déterminations articulaires on rencontre les stigmates habituels de l'arthritisme ou de l'herpétisme. Ch. Amat.

NOUVELLES

Errata. — Dans le dernier numéro, le lecteur est prié de faire les corrections suivantes :

1° A la page 398, 2e colonne du feuilleton, à la dernière ligne, au lieu de *solidarité*, lire: *scolarité*; 2° à la *Nécrologie*, p. 407, lire l'*illustre* Rizzoli au lieu de l'*aliéniste* et *citer* au lieu de *coter*.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Arnozan, agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1889. M Latrille est nommé pour deux ans chef de clinique ophtalmologique. MM. Sengesse et Lamarque sont nommés, aussi pour deux ans, chefs de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. Stoup et Wilhelm sont nommés pour deux ans, aides d'anatomie, à partir du 1er novembre 1889.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille

Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1888-89.

Focken (Henri-Louis-Jean-Baptiste). Contribution à l'histoire des galles. Etude anatomique de quelques espèces.

Delbreil (Paul-Albert). De l'épilepsie procursive.

Tison (Georges-Pierre-François). Traitement du genu valgum. (De l'ostéotomie partielle suivie d'ostéoclasie manuelle.)

Collette (Paul-Hyacinthe-Clément). Température pendant la grossesse, le travail, et les suites de couches normales.

Lemaire (Nicolas-Augustin-Joseph). Du paramyoclonus multiplex de Friedreich.

Dupas (François-Xavier). Du traitement abortif de l'herpès par les applications d'alcool ou de solutions alcalines.

Bergeret (Georges). Notes sur la mellacorée recueillies au poste de Benty.

Lecordonnier (Michel). De la nature des troubles moteurs dans la paralysie générale.

Tracou (Pierre). De l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, par M. le Dentu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie. Un volume in-8, avec figures dans le texte, 15 fr. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, en face de l'Ecole de Médecine, Paris.

La vie du soldat au point de vue de l'hygiène, par le docteur E. Ravenez, médecin-major à l'école de cavalerie de Saumur. Paris, 1889, 1 vol. in-16 de 375 p. avec 55 fig., 3 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1881 et 1882, par M. le docteur Péan. Un gros volume grand in-8 broché de 1,370 pages avec figures dans le texte. Prix 25 fr. Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 AOUT 1889.

Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 2. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses, 54. — Autres. 9. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9.— Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 14. — Bronchite chronique, 16. — Broncho-pneumonie, 18. — Pneumonie, 32. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 23 —Biberon, 101.—Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 30. — Suicides, 10.— Autres morts violentes, 9.—Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 12. — Total : 929.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THERAPEUTIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'HYOSCINE,

Par MM. Malfilatre et Lemoine,
Médecins de l'Asile de Bailleul.

L'hyoscine qui depuis longtemps déjà a été expérimentée en France au point de vue physiologique par Gley et Rondeau, Mairet et Combemale et a été l'objet de nombreux essais thérapeutiques à l'étranger, notamment sur les aliénés, n'a encore reçu que peu d'applications chez nous.

Dans un article de la *Gazette médicale* du 19 janvier 1889, l'un de nous parlait de quelques essais de ce nouvel hypnotique fait dans son service chez des maniaques agités ; les résultats obtenus étaient en général peu favorables.

Du reste, quand on parcourt les communications des divers aliénistes sur l'hyoscine, on est frappé de la dissemblance des résultats, non seulement comme narcose et phénomène d'intoxication, mais partout comme diversité dans les doses employées. Evidemment on ne peut admettre que des observateurs la plupart d'un grand mérite aient tiré des conclusions aussi différentes des phénomènes déterminés par son emploi. Il nous semble plus logique de conclure qu'ils ont eu affaire sous le nom d'hyoscine à des produits dissemblables. Nous-mêmes qui avons fait des expériences avec deux produits portant la même étiquette de « chlorhydrate d'hyoscine » et reputés pur l'un et l'autre, nous avons observé des effets thérapeutiques d'une différence notable et nous nous croyons en droit d'affirmer que les deux produits expérimentés n'étaient nullement identiques au point de vue chimique.

Du reste l'emploi de la plupart des alcaloïdes s'est heurté au début aux mêmes difficultés et n'est devenu régulier qu'après qu'ils ont pu être préparés à l'état de pureté, les procédés d'extraction s'étant perfectionnés et leurs réactions étant mieux connues.

Ce qui nous confirme dans cette idée au sujet de l'hyoscine c'est que les premières expériences sont plus contradictoires entre elles que les dernières, non seulement dans les effets, mais surtout dans les doses. Nous avons donc lieu d'espérer que l'hyoscine actuellement dans le commerce, est sinon plus pure du moins plus égale dans sa composition, que celle qui s'y trouvait il y a un an.

M. Magnano dans sa communication à la Société de biologie (6 juillet 1889) a fait connaître des résultats à peu près identiques à ceux de Erb, de Salgo, de May et à ceux que nous avons obtenus nous-mêmes dans notre 2e série d'expériences; série que nous désirons exposer aujourd'hui.

Nous avons, dans le but d'étudier la valeur hypnotique de ce nouveau médicament, administré le chlorhydrate d'hyoscine en injections hypodermiques à 62 malades, chez lesquelles nous avons fait un total de 316 piqûres. La plupart des aliénées, au nombre de 56, sur lesquelles nous avons expérimenté ce nou-

FEUILLETON

Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, mais qui existent en latin ou en arabe (1).

(*Extrait d'un travail sur ce sujet encore inédit*).

Messieurs, dans le dédale des découvertes nouvelles, permettez-moi d'élever ma faible voix en faveur de l'antiquité médicale devant cette savante compagnie qui a toujours rendu hommage à l'histoire de la médecine et qui a protégé de grand cœur la publication des éditions des anciens médecins grecs.

Notre siècle, en effet, a été fort bienveillant pour les éditions des médecins grecs et pour les études historiques de la médecine : entre autres, les éditions d'Hippocrate, d'Oribase, de Rufus, sont et resteront pour toujours des monuments classiques de l'érudition de notre siècle.

Mais quelle lacune reste encore à combler ! Les éditions de Galien, d'Aétius, de Paul d'Egine, de la gynécologie de Moschion, de l'optique de Damianus, de la collection hippiatrique, etc., éditions pour la plupart très rares, se trouvent dans un état d'incorrection, qui ne fait pas honneur à l'érudition de notre siècle.

Combien en vérité ne doit pas rougir le siècle des lumières et des découvertes, alors qu'un grand nombre d'écrits médicaux très précieux, dont le texte grec existe, restent oubliés sur les rayons des bibliothèques, et sont encore inédits ! En outre, il existe des écrits d'une valeur incalculable des plus grands génies de l'antiquité, d'Hippocrate, de Galien, de Soranus d'Ephèse, de Théodore Priscien, dont le texte original est perdu, mais qui existent en traductions latines ou arabes, les uns publiés, les autres complètement inédits.

Il est vraiment pénible pour les descendants de ces éminents génies de l'antiquité de ne pas faire revivre dans leur langue maternelle ces reliques des traductions latines et arabes. Ce serait une justice à rendre à ces éminents auteurs que de reproduire le texte grec des traités conservés en latin ou en arabe, et un grand service aux sciences de publier les ouvrages encore inédits des

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine le 18 juin 1889.

vel hypnotique étaient des maniaques agitées ne goûtant que très peu ou point de sommeil. Beaucoup de ces malades étaient restées réfractaires à la morphine, au chloral associé au bromure et même à l'hyosciamine, qui, à la dose de 2 granules réussit si souvent.

38, 67 0/0 ont sous l'influence d'une injection de 3/10 mm. gouté un sommeil de 5 à 6 heures de durée, parfois même plus. Des 38 malades qui ont été favorablement influencées par la première dose, nous n'avons continué l'expérience pendant 15 jours, avec de rares exceptions dues soit au calme relatif des malades, soit à la nécessité d'expérimenter la durée d'action de l'hyoscine, que chez 23. La plupart de nos malades ont éprouvé, atténués il est vrai, les bienfaits de ce médicament, la seconde nuit qui a suivi son administration (1).

Ainsi 17, soit 74 0/0 ont continué à dormir sans augmentation sensible de la dose, chez les 6 autres, 26 0/0 l'effet hypnotique s'est plus ou moins vite affaibli et le sommeil n'a pu être maintenu que par l'augmentation successive des doses qui ont atteint dans deux cas 1 1/2 mm. et ont produit un effet réel, mais d'une durée moindre qu'avec la première injection de de 3/10 mm. Celle-ci a même dû dans certains cas être rapidement élevée et nous avons noté que lorsque 2/3 mm. restaient inefficaces il fallait ensuite augmenter très rapidement pour obtenir l'effet cherché.

Quoique nous n'ayons jamais donné des doses supérieures à 1 mm. 1/2 il y a lieu de croire, nous pensons, qu'une augmentotion plus considérable des doses n'aurait pas tardé à ne plus déterminer d'effet hypnotique et que celui-ci aurait été remplacé par des symptômes toxiques.

Chez un certain nombre de nos malades à côté de l'effet somnifère il y eut une diminution parfois considérable de l'agitation; cet effet persista habituellement 24 ou 40 heures et même dans quelques cas les malades sont rentrés dans un calme relatif qui persiste encore trois semaines après la suppression de l'hyoscine, alors que, avant l'administration du médicament les rémissions étaient d'une durée beaucoup plus courte.

(1) Depuis la rédaction de ce travail nous avons continué l'administration de l'hyoscine chez plusieurs de nos malades dont l'agitation et l'insomnie revenaient, dès qu'elles n'étaient plus sous l'influence du médicament. Nous l'avons continué soit en injections hypodermiques soit en potions, avec une dose double, et nous avons pu constater la persistance pendant plus d'un mois de l'effet produit à la condition toutefois d'augmenter peu à peu la dose.

Chez d'autres malades au contraire l'action hypnotique était toujours suivie ou précédée d'une agitation plus ou moins vive dans laquelle dominait la tendance à détruire.

18, 33 0/0 n'ont éprouvé aucun effet hypnotique avec la dose initiale de 3/10 mm. et ont même présenté pour la plupart une agitation plus vive qu'avant l'administration du médicament; 6 parmi elles ne furent plus soumises à de nouvelles injections.

Des 12 autres, 5 obtinrent un sommeil de 5 à 8 heures avec 5/10 de mm.; 4 avec 6 à 8/10 et 3 avec 1 mm.

L'effet hypnotique se maintint chez ces dernières sans augmentation notable des doses. Il est à remarquer que la dose suffisante atteinte nous n'eûmes pas à l'augmenter dans une proportion plus forte que dans les cas où le but fut atteint d'emblée dans la 1re dose de 3/10 mm.

Il résulte de cette observation que certains malades exigent des doses plus considérables pour obtenir le même effet mais ne sont point pour cela réfractaires au médicament et peuvent tout aussi bien que les autres en tirer bénéfice.

Sur les 62 malades soumises au traitement de l'hyoscine dans un but hypnotique il nous en reste 6 parmi lesquelles 3 anxieuses, 2 paralysies générales et une syphilis cérébrale, 3 à 5/10 mm. injectés suffirent à procurer à 5 de ces malades un sommeil de 4 à 7 heures. Une pseudo-paralytique générale alcoolique de 21 ans fut réfractaire à la dose de 3 et 5/10 mm. et présenta même une loquacité plus grande, tandis que 2 gr. d'hydrate de chloral la firent dormir 6 heures.

Parmi les symptômes accessoires déterminés par l'hyoscine, aux faibles doses où nous l'avons employée, la dilatation pupillaire faisait assez souvent défaut et avait toujours disparu le lendemain; elle manquait chez une malade présentant du vertige, de la pesanteur de tête, de l'embarras de la parole et une fatigue de tous les membres; chez les malades pouvant nous rendre compte de leurs sensations nous avons noté des troubles de l'accommodation, de la diplopie, un certain état d'ivresse et de parésie des membres. Une mélancolique en puissance de tuberculose et souffrant depuis longtemps de douleurs ostéocopes que rien n'avait pu calmer n'éprouva avec une injection de 4/10 mm. aucun effet; 1 mm. produisit quelques troubles oculaires très fugaces et 1/5 détermina, 20 minutes après l'injection, une dilatation papillaire très marquée une si notable amblyopie, qu'elle avait de la peine à se con-

---

anciens médecins, qui sont d'une réelle valeur et pour la médecine en particulier et pour les sciences en général.

En effet, les historiens, les philologues, les philosophes, les naturalistes, les lexicographes, les antiquaires encore peuvent y trouver une source considérable de connaissances; mais particulièrement pour la médecine, ces écrits sont très précieux non seulement au point de vue historique, mais encore au point de vue pratique et thérapeutique.

J'ose prétendre, et j'espère le démontrer par d'autres mémoires devant cette savante compagnie, que la médecine, au point de vue thérapeutique, n'a pas encore utilisé toutes les sources thérapeutiques des anciens; elle n'a pas encore expérimenté suffisamment tous les médicaments et les méthodes thérapeutiques, recommandés avec tant d'ardeur par les plus grandes autorités de l'antiquité. L'expérience clinique sur les procédés thérapeutiques anciens peut nous révéler, j'en suis sûr, de vrais trésors thérapeutiques. C'est une semblable expérience seule qui peut définitivement nous décider sur ce qu'il faut rejeter et sur ce qu'on doit accepter, en suivant l'exemple du médecin de Pergame :

« Je ne crois ni Hippocrate », dit Galien (1), ni les autres anciens tout simplement sur parole; mais je contrôle moi-même ce qu'ils ont écrit par l'expérience et par le raisonnement, si c'est vrai ou faux (2).

Et ailleurs, il ajoute : « Je ne crois pas à cet homme (Hippocrate) comme à un témoin, ainsi que le font beaucoup d'autres, mais parce que je vois que ses démonstrations sont solides; c'est donc pour cela que je loue Hippocrate lui-même. »

Les sciences physiques et expérimentales et l'observation clinique, qui sont très avancées de nos jours, aidées par l'étude de l'antiquité, peuvent faire des découvertes inespérées pour le bien de l'humanité

Je crois donc, Messieurs, que la publication de ces innombrables écrits rendra un grand service pour les sciences et facilitera aux médecins l'étude de l'antiquité.

Les plus importants des ouvrages à publier sont les suivants :

(1) Galien, comm. II in *épid.* VI, § 28; t. XVIIA, p. 951.
(2) Galien, *quod animi mores corp. temp. seq.*, ch. 9; t. IV, p. 805.

duire un état parésique généralisé avec titubation l'obligeant à s'appuyer au mur, une sensation d'oscillation du sol, et un goût d'œufs pourris dans la bouche sans sensation de sécheresse, phénomènes qui ne disparurent complétement qu'après trois heures.

Malgré tous ces symptômes d'intoxication la malade ne fut nullement soulagée de ses souffrances et ne goûta aucun repos.

Quant à la sécheresse de la gorge et à la diminution de la sécrétion salivaire si fréquemment signalée, nous ne les avons observés dans aucun cas. Deux malades même présentant de la sialorrhée (une agitée et une stupide) n'eurent aucun amoindrissement de ce phénomène sous l'influence de l'hyoscine plusieurs fois injectée et cependant chez la première l'action hypnotique se fit très nettement sentir et se maintint même.

Nous n'eûmes jamais à constater ni céphalalgie, ni délire spécial, ni hallucinations.

Quoique nos injections aient été pratiquées parfois immédiatement avant ou après les repas, nous n'avons observé aucun trouble digestif.

Ayant remarqué que de faibles doses d'hyoscine au lieu de produire l'effet hypnotique cherché déterminaient chez certaines malades un état de surexcitation très net, nous avons pensé que l'hyoscine pouvait peut-être rendre des services dans les formes dépressives et nous avons commencé chez 5 malades de cette catégorie des injections de 2 à 3/10 mm.

Nos expériences sont encore trop récentes pour nous permettre de nous prononcer catégoriquement; cependant nous avons obtenu chez quelques malades notamment dans un cas d'hypocondrie morale une amélioration très marquée. Celle-ci persiste encore aujourd'hui alors que depuis 2 ans cette malade soumise à divers traitements, notamment celui de la morphine ou du laudanum avait très vite présenté des accidents d'intolérance, nausées, vomissements, etc. sans en tirer un bénéfice aussi persistant.

Nous ne pouvons que constater une chose, c'est que dans tous ces cas il n'y eut aucune action fâcheuse du médicament.

D'après nos observations les effets hypnotiques produits sur nos malades peuvent se diviser en trois catégories.

1° Effets immédiats et durables avec une faible dose variant de 3 à 5/10 mm.

2° Effet obtenu d'une façon durable avec une dose atteignant le plus souvent 1 mm.

3° Effets moins persistants même avec des doses progressives allant jusqu'à 1 et 1 1/2 mm.

Nous constatons avec plaisir que le plus grand nombre de nos expériences pratiquées sur des maniaques agités peuvent être classées dans les deux premières catégories et qu'il n'y en a que très peu à ranger dans la troisième; nous nous félicitons d'autant plus de ce résultat étant donné, que d'après notre étude personnelle et celle de la plupart de nos confrères tant en France qu'à l'étranger, l'hyoscine ne paraît pas entraîner à sa suite des troubles physiques et somatiques, ni des symptômes d'intoxication comme ceux qu'on observe avec le chloral, le sulfonal, l'uréthane, la morphine et autres qui sont souvent une contre-indication à leur emploi.

Nos expériences portent il est vrai sur un laps de temps restreint, mais nous nous proposons de poursuivre cette étude et de rechercher si par une administration plus longtemps prolongée, les malades peuvent continuer à bénéficier de l'action hypnotique de l'hyoscine.

Ce que nous croyons pouvoir affirmer c'est que l'hyoscine est un excellent palliatif dans tous les états d'insomnie avec agitation, mais il nous est encore impossible de nous prononcer au point de vue de son effet curatif.

Il nous reste aussi à savoir si les phénomènes d'intoxication qu'elle détermine manifestement chez les malades très sensibles à son action, et la nécessité où l'on est, chez beaucoup, d'augmenter sans cesse les doses pour obtenir la persistance du résultat, n'empêcheront pas son emploi de se généraliser. Nous lui préférons, par exemple, l'hyoscyamine qui ne présente aucun de ces inconvénients.

CHIRURGIE DES ENFANTS

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES EXTRÉMITÉS OSSEUSES MALADES DANS L'ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS DE LA RÉSECTION DU GENOU.

Le Dr Julius Dollinger (de Buda-Pesth), dans un travail (1) très intéressant sur ce sujet, cherche à déterminer au point de vue pratique, l'influence de l'inflammation articulaire du genou sur l'accroissement en longueur des os voisins. Il recherche si le raccourcissement du membre inférieur résultant

(1) Centralblatt für chirurgie 1888, n° 40.

A. ÉCRITS DONT LE TEXTE GREC EST INÉDIT

I. ΓΑΛΗΝΌΣ. ÉCRITS GALÉNIQUES.

1. Γαληνοῦ περὶ λεπτυνούσης διαίτης και παχυνούσης. *De la diète atténuante et engraissante*. Le traité se trouve à Paris, dans le manuscrit n° 634, folio 133, du Supplément grec.

2. Γαληνοῦ πρὸς Γαῦρον περὶ τοῦ πῶς ἐμψυχοῦνται τὰ ἔμβρυα. *Comment les embryons sont animés*. Le traité, dédié à Gravus, se trouve dans les Mss. 635 et 727 du Supplément grec, à Paris.

3. Περὶ τῶν ἐν τῷ Πλάτωνος τιμαίῳ ἰατρικῶς εἰρημένων ὑπομνήματα δ'. Galien, dans son ouvrage sur ses propres livres (édit. Kühn, t. XIX, p. 46), nous apprend qu'il a écrit quatre commentaires sur le Timée de Platon. Un fragment nous était parvenu en traduction latine : *De medice dictis in Platonis Timeo commentarii*, dans Chartier, t. V, p. 275 à 284, et dans la 7e édition des Junte, fragm. fol. 43. Tout récemment j'ai trouvé qu'un fragment de huit folios existe en grec dans le Ms. grec de Paris, 2383, fol. 27 à 34 v°, Ms. du XVIe siècle, en papier, de 37 feuillets in-fol. (Colbert, 2570). C'est un fragment anonyme, mais le style indique un écrit de Galien lui-même, le contenu démontre qu'il s'agit bien d'un fragment des commentaires de Galien sur le Timée de Platon. C'est ce texte grec qui a servi comme prototype de la traduction latine, comme je me suis persuadé complètement par une collation parfaite : toutes les lacunes du texte grec existent aussi dans la traduction latine.

Je suis très heureux de signaler d'une manière spéciale cette découverte bibliographique, que le heureux hasard m'a réservée pour le dernier moment et dont l'importance est suprême.

4. Trois livres intitulés : a. Περὶ μυῶν, *Des muscles;* b. Περὶ ὀστῶν, *Des os;* c. Περὶ φλεβῶν. *Des veines*. Ces ouvrages, autres que les traités publiés, se trouvent en même temps que les derniers dans le manuscrit, T.-III-7, à l'Escurial.

5. Περὶ τοῦ ὅλου νοσήματος Il se trouve dans le manuscrit de l'Escurial, Σ.-I.-12. Il n'est pas sûr que ce livre galénique n'ait pas déjà été publié sous ce titre : Περὶ τῶν ὅλου τοῦ νοσήματος καιρῶν.

6. Τοῦ Γαληνοῦ περὶ ἀπεψίας πραγματεία. *Traité de la crudité*, existe dans le manuscrit grec 2256, de Paris.

Dr COSTOMIRIS,
Professeur agrégé, à Athènes.

(*A suivre.*)

de la tuberculose osseuse abandonnée à elle-même, n'est pas aussi considérable que celui qui succède aux résections et que l'on invoque comme l'argument le plus important contre la pratique des résections dans l'enfance.

S'appuyant sur un certain nombre de faits, J. Dollinger cherche à répondre aux questions suivantes :

1° Combien de temps après l'inflammation articulaire abandonnée à elle-même débute le raccourcissement osseux ?

2° Quelle est ce raccourcissement après un certain nombre d'années ?

3° Le raccourcissement augmente-t-il encore après l'extinction de l'inflammation?

4° La croissance de l'extrémité malade est-elle influencée par le redressement du genou et l'usage du membre?

Julius Dollinger mesure le fémur de la pointe du trochanter à la partie inférieure de la tubérosité externe du genou.

De l'examen de tableaux comprenant 41 sujets, quelques-uns examinés longtemps après le début de l'affection, notre confrère donne les réponses suivantes aux questions ci-dessus :

Réponse à la question 1. — *Question* 3. — L'arrêt de développement avec raccourcissement ne commence pas après un nombre d'années déterminées après l'invasion de l'arthrite, au contraire, tant que l'irritation inflammatoire et l'hyperémie persistent, la croissance du membre malade marche d'un pas égal avec celle du membre sain, dans un assez grand nombre de cas, elle est plus rapide, et le membre du côté de l'arthritea 1 centimètre de plus que son congénère.

Le développement des extrémités commence à s'arrêter lorsque l'état d'irritation et d'hyperémie disparaît, quant à la suite de l'irritation cicatricielle, une grande partie des vaisseaux péri-articulaires s'oblitère, ne permettant plus une irrigation sanguine suffisante des cartilages épiphysaires qui servent d'une façon si manifeste à l'accroissement des os de l'articulation du genou.

Réponse à la question 2. — La différence de longueur n'est pas toujours en rapport direct avec le nombre d'années écoulées depuis le début de l'inflammation. L'intensité de l'évolution inflammatoire joue un très grand rôle sur le système de nutrition des cartilages épiphysaires ou de la portion de l'os correspondante.

Réponse à la question 4. — Dans les quelques cas où l'on a pu mesurer des membres plusieurs années après le redressement, le raccourcissement avait augmenté. Dans un cas, quatre ans après le début de l'inflammation, on notait un raccourcissement de 1 centimètre du côté du fémur et de 2 centimètres du côté de la jambe. Pendant les deux années qui suivirent le redressement, la cuisse saine gagna 4 centimètres, la cuisse du côté malade 3 c. 1/2, différence : 1/2 centimètre. Pendant ce temps, la jambe saine gagnait 4 cent. 1/2, l'autre 1 cent. 1/2, de telle sorte que la différence des deux jambes qui, deux ans auparavant, était de 2 centimètres, atteignait au moment de la dernière mensuration 5 centimètres.

Dans d'autres cas, la différence resta invariable malgré la croissance des extrémités. Dans aucun cas, l'auteur n'a observé un développement plus rapide de l'extrémité malade à la suite du redressement et de l'usage des membres.

Ces résultats permettent-ils de résoudre le problème si important des indications de la résection du genou chez l'enfant?

J. Dollinger fait remarquer que lorsque la résection intéresse la lame cartilagineuse épiphysaire de la cuisse et du tibia, elle est la cause immédiate d'un raccourcissement considérable du membre qui augmente de plus en plus pendant toute la période de croissance. Il note en outre que le fait, que le raccourcissement ne manque pas, même lorsque le cartilage épiphysaire a été épargné dans le cours de la résection, tend à faire penser qu'il ne faut pas toujours rendre l'intervention opératoire responsable de l'arrêt de développement et que c'est le processus tuberculeux lui-même qui rend les cartilages impropres à leurs fonctions ostéogéniques normales.

Le tableau statistique prouve nettement, d'après l'auteur, qu'exception faite des formes osseuses légères et des tuberculoses synoviales très bénignes pour lesquelles on ne risque d'ailleurs jamais, l'accroissement en longueur reste toujours dans les cas graves en déficit croissant, jusqu'à la fin du développement de l'os, 8 à 10 centimètres en moyenne dans un cas 19 cent. 1/2.

Prétendant que c'est à peine si l'on voit des raccourcissements plus considérables après la résection du genou faite dans l'enfance, J. Dollinger conclut que dans les résections totales chez l'enfant, pour les cas osseux graves nécessitant le sacrifice des cartilages épiphysaires, on enlève des organes qui ont déjà perdu toute valeur au point de vue de l'accroissement de l'os en longueur. Avec Dollinger, nous pensons qu'on obtiendrait des renseignements bien plus précis en comparant à son tableau une statistique analogue de mensurations prises sur les réséqués du genou dans l'enfance. La comparaison des différences numériques du raccourcissement chez les réséqués et les non réséqués permettrait des conclusions inattaquables.

Malgré quelques lacunes tenant au trop petit nombre de faits observés, le travail de J. Dollinger mérite d'attirer l'attention et doit engager les observateurs à pratiquer des mensurations dans les cas de tumeurs blanches du genou dans le but de répondre d'une façon précise aux questions posées par le chirurgien de Buda-Pesth. P. REDARD.

REVUE CRITIQUE

VACCINE ANIMALE ET VACCINE HUMAINE,

(*Suite*) (1)

IV

ACCIDENTS DE LA VACCINE.

§ A. — *Vaccine animale.*

I. *Accidents locaux et généraux.* — On n'a guère reproché au vaccin animal que l'intensité souvent très grande des réactions inflammatoires locale et générale qu'on observe parfois après son inoculation. Les maladies inoculables dont il peut être le véhicule, le *charbon*, la *morve*, la *tuberculose*, ne sont guère à redouter. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Nous avons vu que l'éruption des pustules dans la vaccination animale, d'une durée plus longue que dans la vaccination de bras à bras, s'accompagnait de rougeur, d'induration inflammatoire étendue, et de phénomènes fébriles plus marqués. Est-ce un danger, ou plutôt n'est-ce pas la marque, l'indice infaillible de la virulence plus grande du virus et de sa action plus profonde sur l'organisme?

On sait qu'au début, Jenner avait vu et signalé ces accidents qu'on a vu diminuer d'importance depuis, pour disparaître souvent, avec l'action prophylactique peut-être du vaccin! Rappelons-nous que de belles et larges pustules sont l'indice d'un virus à son maximum d'intensité, que de semblables lé-

(1) Voir le numéro précédent.

sions ne se développent pas sans réaction inflammatoire et sans une réaction correspondante de l'organisme. « Les phénomènes réactionnels généraux sont le résultat de l'action profonde exercée par le virus vaccin... Le degré plus ou moins intense de ces phénomènes réactionnels *révèle des effets d'autant plus énergiques* de la lymphe vaccinale sur l'organisme (1). »

Voilà donc un reproche qui tourne à l'excellence du vaccin animal. Mais ce n'est pas tout : on a accusé le vaccin animal d'être, à l'occasion, le véhicule de maladies telles que : *le charbon, la morve, la tuberculose, la septicémie.* Voyons ce qu'on doit en penser :

II. *Maladies inoculées.* — Pour ce qui est du *charbon*, la possibilité du transport de cette maladie par le vaccin avait été mise en avant comme une obligation, plutôt que comme la constatation matérielle d'un fait malheureux, car je ne sache pas qu'on ait cité un cas, un seul, de transmission du charbon par ce moyen; et force est d'y répondre par des probabilités.

Avec *M. Warlomont* (2), nous dirons que les affections charbonneuses sont très rares dans l'espèce bovine; que les experts chargés de choisir les bêtes ne sauraient laisser passer de semblables affections sans les reconnaître; et qu'il semble avéré que les pustules vaccinales ne se développeraient pas normalement sur un organisme ainsi infesté, que, par conséquent, on est bien à l'abri de toute contamination.

Avec la *morve*, il n'en est plus de même, non pas qu'on ait signalé, pas plus que pour le charbon, des faits d'inoculation, mais chez le cheval, on sait que la morve évolue parfois et pendant longtemps d'une façon absolument insidieuse, et comme on a recours parfois au horsepox naturel pour régénérer le vaccin, il est utile d'être fixé sur la question.

Sous l'inspiration de M. Chauveau, qui avait déjà de par lui deux faits expérimentaux, M. Josserand a étudié au laboratoire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de Lyon, les rapports qui unissent l'éruption vaccinale et l'affection farcino-morveuse (3).

M. Chauveau, de ses deux expériences, avait déjà tiré les conclusions suivantes : que, chez un sujet morveux, le vaccin et la morve évoluent chacun de leur côté avec leurs caractères propres; SEULEMENT (et nous retiendrons ce fait lorsque nous parlerons de la syphilis), *la pustule vaccinale semble être un point d'appel à une lésion farcinomorveuse qui évolue endessous de la précédente.*

M. Josserand, sur cinq expériences faites sur le passage du virus morveux dans la sérosité vaccinale, en a une positive (celle de M. Chauveau), quatre négatives, et il conclut :

Que le liquide vaccinal recueilli sur un cheval morveux, sous l'influence de conditions encore mal connues, peut être contaminé ou non.

Que l'inoculation du sang à la lancette (procédé de vaccination) reste le plus souvent sans effet (Chauveau) et que les quelques globules rouges de la sérosité vaccinale ne sauraient être incriminés dans la contagion morveuse.

Doit-on craindre pareille contamination avec le vaccin animal? Peut-être, si on se sert du horsepox. Mais comme dans l'espèce, il s'agit de vaccin de génisse, et que la race bovine est considérée par les vétérinaires comme réfractaire à la morve, on peut conclure que le vaccin animal, tel que nous l'employons, ne peut être en aucun cas le véhicule de cette redoutable maladie.

III. — J'ai déjà parlé incidemment dans un autre article de la tuberculose vaccinale (1). On trouvera dans cet article les travaux de Toussaint qui, seul, avait pu obtenir des inoculations positives avec du vaccin recueilli chez une vache tuberculeuse : après lui, la question avait été reprise par *Bollinger, Schmidt, Lothar Mayer, Chauveau, Strauss*, etc., et de toutes ces recherches, il résultait que la vaccine ne pouvait transmettre la tuberculose.

1° Parce que, ainsi que l'ont démontré Chauveau et Lothar Mayer, l'inoculation cutanée de produits tuberculeux (procédé d'inoculation vaccinale) reste stérile;

2° Parce que la lymphe vaccinale prise sur des sujets tuberculeux ne renferme pas de bacilles, et ne donne que des résultats négatifs par la méthode expérimentale.

Dans une série de recherches, M. *Josserand* (2) est arrivé aux mêmes résultats. La lymphe vaccinale a été prise sur 14 sujets tuberculeux, et 47 cobayes ont été inoculés. Sur ces 47 cobayes, 43 autopsies ont été absolument négatives, 4 ont été douteuses. Et sur celles-ci, la nature des lésions n'a pas été démontrée tuberculeuse. Aussi conclut-il : 1° que le vaccin recueilli sur les tuberculeux est inoffensif; 2° *que la rareté de la tuberculose chez le veau achèvera de donner une sécurité absolue.*

La question semble donc jugée.

IV. — Nous en arrivons, en dernière analyse, à un groupe de maladies de nature septique, qu'on a accusé le vaccin animal de produire. De ce nombre sont *différentes éruptions cutanées fébriles, impetigo, echtyma, pemphigus et des accidents septiques graves* ayant même causé la mort d'un certain nombre de vaccinés.

Malheureusement pour les adversaires de la vaccine animale, les relations de ces épidémies ne sont, pour la plupart, ni très convaincantes, ni très complètes; il en est même qui dénotent d'une incroyable incurie de la part de médecins vaccinateurs (épidémie de San Quirico d'Orsia).

Il est bien certain, en effet, que la responsabilité *du producteur de vaccin* et partant *de la méthode* ne dépasse pas certaines limites. Il y a un terme où elle cesse et au-delà duquel la responsabilité *du médecin vaccinateur* commence. Je m'explique.

Prenons, par exemple, un tube de vaccin envoyé à une certaine distance par un temps chaud, et que par négligence ou pour tout autre motif, le médecin n'emploie pas de suite. Qu'arrive-t-il? C'est que ce vaccin, cette lymphe qui constitue un milieu de culture excellent, va s'altérer, se putréfier, et au lieu d'inoculer de la vaccine franche, telle que l'avait fournie l'Institut vaccinifère, le médecin va inoculer un liquide septique responsable seul des accidents qui peuvent se montrer à sa suite.

C'est ce qui est arrivé lors de l'épidémie de San Quirico d'Orsia (3). Le vaccin provenait d'un institut privé et avait été fourni par le comité romain de vaccination animale. A la suite des vaccinations se développèrent des accidents : rougeurs, suppurations, phlegmons, phénomènes viscéraux et

(1) Diction. encyclop. Art. Vaccine.

(2) Warlomont. Traité de la vaccine. Paris et Bruxelles, 1883.

(3) Josserand. Contribution à l'étude des contaminations vaccinales. Lyon, 1884.

(1) Voir Gazette médicale Paris, 1888. Des portes d'entrée de la tuberculose.

(2) Loc. cit. Inoculations vaccinales.

(3) Voir la Revue d'hygiène de 1879 et l'article de M. D. Mollière dans le Lyon médical de 1879 sur les accidents qui sont imputés à la morve.

généraux graves qui amenèrent la mort d'un certain nombre d'enfants.

On ne parla rien moins que d'une épidémie de morve! De quoi s'agirait-il? d'accidents septiques provoqués par un vaccin altéré, et dont la responsabilité retombe sur les médecins vaccinateurs.

Le vaccin, recueilli par excision des pustules, avait été envoyé le 22, reçu le 24, et employé seulement du 26 au 29. A ce moment, il était altéré *et exhalait une odeur de putréfaction manifeste.*

Voilà donc une première condition dans laquelle le médecin ne doit pas accepter les yeux fermés le produit qu'on lui envoie; sa responsabilité y est engagée tout entière. Il doit s'assurer que le vaccin, si c'est un tube, possède ses caractères normaux, qu'il n'est pas trouble, floconneux, qu'il ne dégage aucune odeur.

Mais la meilleure précaution et la plus sûre, c'est encore de n'employer que du vaccin fraîchement recueilli.

Nous trouvons dans les publications du comité d'hygiène de Berlin (1) le récit d'accidents singuliers survenus à la suite de vaccinations faites avec de la lymphe animale provenant de l'établissement du Dr Protze, à Eberfeld.

Dans le cercle de Schlaive notamment, survinrent des éruptions cutanées *contagieuses*, car différentes personnes non vaccinées en furent atteintes : pemphigus, ecthyma, impetigo. Puis, chez d'autres sujets, ce furent des urticaires, des éruptions herpétiformes, se rapprochant parfois des éruptions de la varicelle.

Des enfants, l'affection gagnait les parents, puis les étrangers; la principale voie de propagation fut l'école. Il y eut quelques décès, sans qu'on soit fixé sur les phénomènes qui précédèrent. Seulement, chez un enfant dont on fit l'autopsie, il y avait : *un abcès de l'épaule et une grande quantité de sérosité roussâtre dans les plèvres.* On était au mois d'août.

Dans le cercle de Lippstadt, il y eut plus de 200 individus atteints.

Une enquête fut ordonnée et n'aboutit à rien.

L'établissement du Dr Protze était bien tenu. Les génisses vaccinifères (il n'y en eut que 3 sur le nombre dont la lymphe vaccinale donna lieu à des accidents) étaient bien portantes; les procédés de vaccination auraient été réguliers.

On ne peut que garder une réserve prudente dans l'appréciation de ce fait, qui, jusqu'à présent, reste isolé, et en pareille circonstance, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas d'une infection secondaire fortuite et indépendante du vaccin. La nature des accidents, la présence de sérosité dans les plèvres du malade dont on fit l'autopsie coïncidant avec un abcès de l'épaule, font évidemment songer à quelque affection pyoseptique.

Le vaccin humain est loin d'ailleurs de mettre à l'abri de semblables accidents. Dans la relation de l'épidémie d'Asprières dû à M. Brouardel, nous allons voir des accidents identiques et qui entraînèrent sur un nombre beaucoup plus restreint de malades, beaucoup plus de décès.

§ B. — *Vaccine humaine.*

Accidents septicémiques. — Eruptions cutanées, phlegmons, érysipèles, etc.

Je ne veux pas m'appesantir sur les nombreux cas d'accidents de ce genre qui se sont montrés à la suite de la vaccination de bras à bras. On sait aujourd'hui que ces affections sont infectieuses et inoculables et le mécanisme de leur propagation saute aux yeux. La lancette a non seulement puisé du vaccin, mais elle s'est aussi chargée de l'agent pathogène de ces différentes maladies.

Mais les accidents sont quelquefois plus graves; certains ont entraîné la mort de un ou plusieurs vaccinés, appelant ainsi une enquête médico-légale.

Telle est l'histoire de l'épidémie d'Asprières qui nous a été rapportée par M. Brouardel.

(A suivre).

(1) Veroeffentlichungen des Kaiserlichen Gessunheitsants, 1888. Analysé in Union médicale 1888.

REVUE DES JOURNAUX

TUBERCULOSE.

Suite (1).

VII. — LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE HORS DE L'ORGANISME HUMAIN par CORNET *Zeitschrift für Hygiene*, T. V. 1888.

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE, par le même, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 12, 13 et 14.

VIII. — INFLUENCE D'UN CERTAIN NOMBRE D'AGENTS MÉDICAMENTEUX SUR LES BACILLES DE LA TUBERCULOSE CONTENUS DANS L'ORGANISME ANIMAL, par le même, *Zeitschrift für Hygiene*, T. V. 1888.

IX. — SUR LES RAPPORTS DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE AVEC LES CELLULES, par le Dr A. STSCHASTNY, *Virchow's Archiv.* T. C X V. fasc. 1 p. 108, 1889.

X. TUBERCULES FIBREUX, AYANT EU POUR CAUSE FORMATRICE DES ŒUFS DE PARASITES, par le Dr MIURA, de Tokio. *Ibidem.* T. C XVI, fasc. 2 p. 310, 1889.

VII. Depuis la découverte du bacille de Koch, considéré comme le germe pathogène de la tuberculose, on a pris à tache de rechercher ce bacille en-dehors de l'organisme humain, dans le milieu ambiant des tuberculeux. M. Cornet s'est livré avec un soin tout particulier à ce genre de recherches. Il a recueilli de la poussière dans les locaux les plus variés, habitations privées, salles d'hôpital, asiles d'aliénés, prisons, etc. Il a inoculé cette poussière à des cobayes, dans le ventre, en s'entourant de toutes les précautions exigibles. Au bout de 4 à 6 semaines il a sacrifié les animaux qui ont servi à ces expériences, lorsqu'ils n'avaient pas déjà succombé à quelque autre maladie infectieuse engendrée par des germes morbides contenus dans la poussière. L'existence de lésions tuberculeuses dans les organes abdominaux était considérée comme une preuve de la présence des bacilles de la tuberculose dans la matière qui avait servi aux inoculations.

En procédant de la sorte, M. Cornet a constaté que les germes de la tuberculose se rencontrent seulement dans la poussière des locaux où ont séjourné des tuberculeux, et où on a négligé de procéder soit à la désinfection, soit à l'enlèvement rapide des crachats expués par les malades. Mais là où des crachats de phthisiques avaient séjourné assez longtemps pour se dessécher et se pulvériser, la présence des bacilles spécifiques dans la poussière a été constatée d'une façon constante. C'est surtout quand les crachats séjournent sur le plancher ou sont exposés dans des mouchoirs qu'ils se trouvent dans des conditions favorables à leur dissémination, pour des raisons faciles à comprendre. En plein air, le danger de la contamination par les poussières est à peu près nul; M. Cornet

(1) Voir le numéro du 31 août.

n'a jamais réussi à communiquer la tuberculose à des cobayes, en leur inoculant des poussières recueillies en plein air, là où avaient séjourné des tuberculeux.

L'auteur s'est occupé ensuite des mesures prophylactiques qui découlent de ces résultats expérimentaux; ces mesures peuvent se résumer dans ces quelques mots: défendre aux tuberculeux de cracher par terre, sur les murs ou dans le mouchoir; leur imposer l'usage d'un crachoir contenant de l'eau et qui sera vidé plusieurs fois par jour en lieu sûr.

VIII. Le même auteur a étudié l'influence qu'exercent sur les bacilles contenus dans l'organisme animal un certain nombre de remèdes réputés efficaces contre la phtisie pulmonaire. Ces recherches ont porté sur 102 cobayes et 10 lapins, rendus tuberculeux, les uns au moyen d'inhalations de poussières chargées de bacilles de la tuberculose, les autres au moyen d'inoculations sous-cutanées de matières tuberculeuses. Après quoi, on administrait à l'animal, à travers une sonde œsophagienne introduite dans l'estomac, une des substances médicamenteuses suivantes: Tannin, acétate de plomb, piriguin (alantol et acide alantolique), menthol, sublimé, créosote. Enfin dans un certain nombre d'expériences, on a fait aux animaux des injections rectales d'une infusion d'ail ou d'une solution aqueuse d'hydrogène sulfuré.

L'échec a été complet sur toute la ligne, en ce sens qu'aucun de ces remèdes n'a retardé l'évolution des lésions tuberculeuses. Les animaux traités comme il a été dit ont péri aussi rapidement que d'autres sujets de contrôle, qu'on s'était borné à rendre tuberculeux par voie d'inoculation.

Cependant M. Cornet accorde à la créosote une assez grande valeur dans le traitement de la tuberculose; non pas que ce médicament agisse comme parasiticide sur le bacille de Koch. Mais il diminue la sécrétion bronchique, et à ce titre il rend de réels services.

A la fin de son travail, l'auteur expose un certain nombre d'expériences qui ont eu pour but d'étudier par voie expérimentale l'influence que le climat de Davos exerce sur l'évolution de la tuberculose. Des cobayes auxquels on aurait inoculé la tuberculose ont été transportés dans cette station alpestre. Ils ont péri à peu près dans les mêmes délais que les sujets de contrôle laissés à Berlin.

IX. Les recherches de M. Stschastny ont en pour objet l'étude de la lutte qui s'établit dans l'organisme animal entre les cellules vivantes et les bacilles de la tuberculose. L'auteur a résumé les résultats de ces intéressantes recherches dans les propositions suivantes :

1° Les cellules migratrices qui circulent dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques dévorent les bacilles tuberculeux vivants et virulents, par phagocytose et en vertu de leur «voracité. »

2° Ces mêmes cellules, après avoir absorbé les bacilles dans leur masse, les entraînent des vaisseaux dans l'épaisseur des tissus, et donnent ainsi lieu à la formation de tubercules vrais ou d'une infiltration tuberculeuse.

3° Une partie des leucocytes chargés de bacilli tuberculosi se transforment en cellules épithélioïdes logeant des bacilles, et plus tard en cellules gigantesques, par voie de fragmentation des noyaux, de mitose, et par tous les autres modes possibles de transformation.

4° L'auteur ne conteste pas d'une façon générale la transformation des cellules conjonctives fixes, imprégnées de bacilles, en cellules gigantesques, mais dans le cours de ses recherches il n'a jamais observé cette métamorphose.

5° La question de savoir si des cellules conjonctives fixes, ne contenant pas de bacilli tuberculosi dans leur masse, peuvent se transformer en cellules gigantesques est encore pendante. L'espèce animale exerce peut être une influence sur le résultat produit par une irritation qui atteint ces cellules conjonctives.

6° Les cellules gigantesques des animaux aptes à contracter la tuberculose peuvent subir une nécrose partielle ou totale; leur formation équivaut à un effort insuffisant, tenté par l'organisme animal, pour se défendre contre un ennemi envahisseur.

Les cellules gigantesques des animaux réfractaires à la tuberculose sont des organites durables, à la hauteur de leur tâche, au sein desquels on n'observe pas de phénomènes de nécrose; à l'instar des cellules gigantesques physiologiques, elles sont le produit d'une irritation formatrice et renforcent les moyens de défense de l'organisme.

7° Les cellules gigantesques accélèrent, en vertu de leur activité vitale, l'involution naturelle des bacilles de la tuberculose; elles provoquent le développement, en proportions, considérables, de ces formes de dégénérescence et d'involution qu'on observe en proportions plus faibles, dans les cultures du bacille. De plus, elles font apparaître d'autres formes d'involution, qu'on n'observe point dans les cellules. Les cellules gigantesques sont donc des phagocytes doués d'une grande activité.

8° Il n'y a pas de séparation absolue à établir entre le tubercule à cellules épithélioïdes et le tubercule à cellules lymphoïdes, l'un et l'autre peuvent dériver de cellules migratrices imprégnées de bacilles de la tuberculose. La rapidité du développement, c'est-à-dire, en thèse générale, la réceptivité de l'espèce pour la tuberculose quelquefois aussi la quantité de bacilles qui a pénétré dans les cellules migratrices, sont les facteurs dont dépend le sort ultérieur de celles-ci.

9° La question de savoir si les tubercules à cellules épithélioïdes peuvent dériver directement des cellules conjonctives fixes ne pourra être tranchée que lorsqu'on sera fixé sur le point de savoir si les cellules fixes peuvent être infectées par des bacilles privés de mouvements.

10° Les cellules conjonctives et les cellules épithéliales devenues amiboïdes peuvent certainement participer à la formation des tubercules, par voie de multiplication des cellules lymphoïdes et en concourant à établir une ligne de démarcation entre le tubercule et le tissu sain. On ne sait pas encore jusqu'à quel point ces éléments cellulaires contribuent à la propagation de « l'irritation » formatrice du tubercule et à la formation directe de ce dernier.

11° En somme on peut considérer la théorie de la phagocytose comme étant assise sur des bases sûres.

X. — M. Miura relate l'observation d'un indigène du Japon, âgé de 26 ans, lorsqu'il succomba à la maladie connue sous le nom de Kak-ke et qui paraît être une modalité de l'anémie pernicieuse progressive.

A l'autopsie de cet homme, on trouva, sur le grand épiploon hyperhémié, un nombre considérable de petites nodosités grisâtres, les unes miliaires, les autres du volume de grains de chenevis. Ces nodosités avaient la consistance du sable. Vers la grande courbure de l'estomac se voyaient des brides cicatricielles, logeant à leur centre des nodosités dures, dont le volume variait de celui d'un haricot à celui d'une amande. Ces nodosités ramollies contenaient dans leur épaisseur une bouillie grisâtre, dépourvue de fétidité.

La face convexe du foie, la face inférieure du diaphragme, le mésentère et la face antérieure du cœcum était également

le siège d'une éruption de nodosités miliaires, pédiculées, très dures au toucher.

Ces nodosités présentaient une grande ressemblance avec les productions morbides que Virchow a décrites sous le nom de tubercules fibreux. Conformément à la description qu'en a donné Langhans, elles présentaient trois zones à savoir :

Une zone centrale, constituée tantôt par une masse granuleuse sans structure particulière, tantôt par un réseau fin de cellules étoilées. Cette zone logeait à son centre deux ou plusieurs cellules gigantesques et des œufs de parasites, la plupart réduits à une coque vide, de dimensions trois fois moindres que les cellules gigantesques.

La seconde zone était formée par un assemblage de cellules conjonctives, les unes arrondies, les autres ovalaires.

La troisième zone se composait de deux couches, l'une, extérieure, formée par des travées conjonctives concentriques, l'autre, intérieure, constituée par des cellules conjonctives étoilées dont les prolongements s'anastomosaient les uns avec les autres sous forme d'un réseau ténu, emprisonnant dans ses mailles une matière vitreuse.

Le foyer d'origine des œufs de parasites et leur nature n'ont pas pu être déterminés; il s'agissait vraisemblablement d'œufs de *distoma hepaticum* parasite très répandu au Japon. Ces œufs ont été, selon toute apparence, la cause provocatrice de la formation des tubercules, et l'auteur a cru devoir rapprocher son observation du fait communiqué à l'Académie de médecine (1881) par M. Laulanie, sous le titre de : Sur une tuberculose du chien et sur la pathogénie du follicule tuberculeux.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. — Polype utérin avec tubercules. Contribution a l'étude de la tuberculose descendante, par le professeur Zahn, *Virchow's Archiv*. T. CXV, fasc. 1. p. 66. 1889.

II. — Sur les micro-organismes qu'on rencontre dans les cavernes pulmonaires par le Dr C. S. Evans. *Ibidem* p. 185.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du cœur et des vaisseaux. — Leçons de thérapeutique et de clinique médicales, par M. H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. (Paris 1889, Octave Doin, éditeur).

Il faut remonter bien loin dans l'histoire de la littérature médicale française pour y trouver un livre aussi essentiellement clinique et pratique que celui que vient de publier M. Huchard sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Il vient à point pour réagir contre la tendance de plus en plus marquée à faire de la clinique de laboratoire, et pour nous ramener aux traditions que nous avaient léguées les Trousseau et les Grisolle et que nous sommes en train d'oublier, malheureusement pour les malades, car on perd trop de vue qu'en clinique tout réside dans la bonne observation des faits et que les déductions théoriques ne doivent venir qu'en second lieu. Précisément, ce qui distingue le livre de M. Huchard, c'est qu'il y a considéré les maladies du cœur en médecin et non pas en physiologiste. Tandis que les trois ou quatre derniers ouvrages produits sur ce sujet se contentent de se répéter et de répéter sans grand changement, ce qui est banal depuis un demi-siècle, celui que nous analysons ici ne contient guère que des choses nouvelles que l'on chercherait vainement partout ailleurs.

La partie capitale de cet ouvrage, et essentiellement neuve, consiste dans l'étude de l'artério-sclérose, cette déchéance du système artériel qui tient sous sa dépendance le plus grand nombre des maladies chroniques du cœur, des reins, du foie et du système nerveux et qui, lorsqu'éclate une maladie aiguë, en modifie profondément la physionomie et en aggrave le pronostic. Liée à des antécédents héréditaires de goutte ou d'arthritisme ou encore à des intoxications ou à des infections diverses, l'artério-sclérose résulte de l'action sur les parois vasculaires des produits toxiques dont le sang s'est chargé. Les arthritiques, par exemple, sont des gens dont la nutrition a dévié du type normal et donne en surabondance des résidus acides; ils font de la mauvaise chimie éliminant moins de produits toxiques qu'ils n'en produisent, et ces produits, charriés par le sang, irritent les parois des vaisseaux et donnent un coup de fouet à la transformation conjonctive qui de là ,envahit lentement les tissus voisins. La même chose se produit lors des empoisonnements par des agents minéraux ou par des matières organiques, résultat de la vie des microbes. Une fois développée sur un sujet, elle peut se manifester par les accidents les plus variés : anévrysmes de l'aorte, angines de poitrine, cardiopathies artérielles, hémorrhagies cérébrales, affections du cerveau et de la moelle, néphrites interstitielles; certaines formes d'emphysème, etc., et sont autant d'accidents distincts par le siège des organes touchés, mais semblables par le processus anatomique. M. Huchard nous montre l'artério-sclérose, transmise par l'hérédité, frappant chaque génération d'une façon différente, selon l'organe qu'elle atteint, et chez le même sujet, le trait d'union qu'elle établit entre des manifestations en apparence distinctes. « Il y a unité de la maladie chez cet individu atteint hier d'hémorrhagie cérébrale, aujourd'hui malade de néphrite interstitielle et pouvant succomber demain à des accidents cardiaques ou à une angine de poitrine. J'ai dit que ce cérébral devenu rénal et mort cardiaque ou angineux, n'a fait qu'une seule et même maladie l'artério-sclérose, et qu'il doit être traité par une seule et même médication. »

Et pas une assertion n'est avancée au hasard ; des observations cliniques ou des constatations anatomiques viennent à l'appui de chacune d'elles ; ce sont les faits qui se présentent eux-mêmes précis et indiscutables, entraînant forcément la conviction car en les étudiant on est amené à poser de soi-même les conclusions dont l'auteur les fait suivre.

Nous n'entreprenons pas de donner ici une analyse de cet ouvrage, nous nous contentons d'en indiquer l'esprit; les livres de clinique en effet ne peuvent guère s'analyser car ils ne valent que par les documents qu'ils contiennent et demandent à être lus et médités. Signalons seulement, outre l'artério-sclérose, les chapitres où M. Huchard passe en revue les angines de poitrine, angine vraie, angines toxiques et pseudo-angines (il y développe un sujet qu'il a étudié avec une prédilection toute spéciale et que, plus que tout autre, il a contribué à éclaircir), ceux où il recherche les causes et les symptômes de l'inflammation aiguë des artères et en particulier l'aortite aiguë dont on trouve à peine le nom dans les ouvrages classiques, ceux où il étudie les indications thérapeutiques et surtout celui qu'il consacre à l'emploi de la digitale et à la médication cardiosthénique.

Fait pour le praticien, ce livre accorde une large place à la thérapeutique, non pas à cette thérapeutique banale qui consiste à aligner des drogues, souvent à peine connues dans leur action physiologique, en laissant au lecteur le soin d'en deviner les indications, mais une thérapeutique clinique avant tout, basée sur l'étude réfléchie du malade et du médicament.

« Il ne s'agit pas seulement, dit l'auteur d'énumérer et de connaître les propriétés des médicaments, il faut encore savoir les appliquer ; il ne suffit pas de passer en revue tous les toniques du cœur dont le nombre s'accroît chaque jour, mais il faut savoir comment on peut tonifier le cœur par l'hygiène ou encore par un seul et même médicament. »

En somme, M. Huchard a fait là une œuvre qui restera comme un modèle de clinique et de thérapeutique. La place de ce livre est toute marquée dans la bibliothèque du professeur comme dans celle du praticien et si l'auteur avait encore des doutes sur l'accueil qui lui sera fait, nous pouvons le rassurer et lui dire de préparer sans retard une nouvelle édition.

Georges LEMOINE.

REVUE DES THÈSES.

TRAITEMENT DES PLAIES PAR ARMES A FEU DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF, par G. DÉMÉTRIADE. (Thèse de Paris.)

La règle de conduite des chirurgiens en face de blessures abdominales par armes à feu est loin d'être uniforme. Tandis que les uns recommandent l'intervention immédiate, les autres se contentent de l'expectation armée. Les premiers veulent que le ventre soit aussitôt ouvert dans le but d'aller reconnaître et suturer les plaies de l'intestin alors que les seconds attendent pour agir la première menace de péritonite comptant jusque-là sur les bons effets du repos, de l'immobilisation, de la compression modérée, de l'opium à haute dose, de la glace à l'intérieur, de la diète absolue. Dans une thèse récente, analysée ici même, M. Bernard s'est rangé du côté de Trélat, Pozzi, Chauvel, c'est-à-dire du côté de ceux pour lesquels il n'y a pas de salut sans laparatomie. M. Démétriade vient faire prévaloir des idées opposées parce qu'il croit, avec son maître M. Reclus, qu'ici comme ailleurs on doit compter un peu sur la *natura medicatrix*. Au reste l'expérimentation sur les animaux lui a donné le droit d'escompter les bons effets du bouchon muqueux intestinal consécutif aux plaies par petits projectiles et la rapidité avec laquelle se forment les adhérences. Nous partageons, pour notre part, ses idées, d'autant que nous avons observé deux cas où des blessés par projectile de gros et moyen calibre ont guéri sans intervention. Il ne faut pas se dissimuler, en somme, que la laparotomie avec les soins minutieux qu'elle exige deviendra malgré toutes ses indications fort difficile à exécuter comme chirurgie de bataille et que le médecin ne tardera pas à la délaisser pour procéder à d'autres opérations dont l'urgence sera aussi grande et l'utilité moins contestable.

DE L'ENTORSE RADIO-CARPIENNE, par M. JOLIOT. (Thèse de Paris.)

L'entorse du poignet est après celle du cou-de-pied la plus fréquente. En général consécutive à toute action violente, à tout mouvement faux ou forcé qui tend à exagérer le jeu normal de la main sur l'avant-bras, elle a une symptomatologie propre permettant de la distinguer facilement des autres affections de la même région. D'un pronostic bénin, elle est promptement guérie par le massage.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FRACTURES DE LA ROTULE PAR LA SUTURE OSSEUSE DES FRAGMENTS, par M. ARMIRAIL. (Thèse de Paris.)

Les indications de la suture osseuse dans la fracture de la rotule ne sont pas nettement établies. Elles paraissent se restreindre de jour en jour. L'auteur se borne à déclarer cette opération utile dans les fractures récentes en ce qu'elle permet de nettoyer l'article, de rapprocher les fragments, de commencer les mouvements de meilleure heure, d'éviter l'atrophie du triceps. La suture osseuse s'impose, si consécutivement à une fracture ancienne, il existe une impotence fonctionnelle suffisamment prononcée pour troubler l'existence, si l'on a affaire à une fracture compliquée. Inutile de dire que l'opération est grave et réclame les bienfaits de la plus rigoureuse antisepsie.

CH. AMAT.

BULLETIN

SYPHILIS DES NOURRICES.

La question de la syphilis apparaissant dans une famille est toujours une question épineuse dans laquelle le médecin ne saurait montrer trop de tact. Elle est peut être encore plus délicate lorsqu'il s'agit de syphilis chez un enfant nouveau-né, venant ainsi dévoiler la tare constitutionnelle d'un des conjoints, du père, dans l'immense majorité des cas. Lorsque le fait se montre dans certains milieux sociaux où l'emploi de la nourrice mercenaire est, on peut dire, général, la possibilité de contamination de celle-ci soulève un gros point de responsabilité, pour le père d'abord, mais aussi pour le médecin qui n'a pas su reconnaître à temps les signes de l'hérédosyphilis. Dans de semblables circonstances nul doute que le tact et la conscience du médecin ne lui soient d'un grand secours; cependant il était bon peut-être que la conduite à suivre fut fixée d'une manière plus précise qu'elle ne l'est jusqu'aujourd'hui. Le congrès de médecine légale a entendu à ce sujet un rapport de M. Morel Lavallée, qui met au point un certain nombre de cas qui peuvent se présenter dans la pratique.

Ce qui complique encore les choses, c'est qu'on se heurte à chaque pas au secret professionnel. Prévenir une nourrice du danger qu'elle court parce que son nourrisson est syphilitique, c'est rompre la discrétion médicale. Alors que faire?

Le premier cas envisagé par M. Morel-Lavallée est celui où le médecin constate que l'enfant a des manifestations syphilitiques. Si la nourrice est saine encore, la solution est radicale : suppression de l'allaitement, élevage de l'enfant au biberon, ou bien, par une nourrice syphilitique elle-même. Sur ce point, pas de discussion, quelques objections que soulèvent les familles. Et comme l'argument de la contamination de la nourrice pourrait sembler de mince valeur à certaines personnes, il faut le cas échéant, faire entrevoir l'indemnité, le chantage possible, les poursuites judiciaires, que la nourrice pourrait réclamer ou entreprendre. Quant à la nourrice si son renvoi est décidé en principe, du moins doit-on la garder à un titre quelconque, pendant le temps nécessaire au-delà duquel le terme d'incubation de la syphilis est passé. Si les conseils que donne le médecin ne sont pas écoutés, celui-ci n'a plus qu'à se retirer, et au besoin donner une consultation écrite exposant ses craintes et ses conseils.

C'est à peu près dans ce sens que le médecin doit agir s'il trouve chez une nourrice ayant dépôt, un nourrisson suspect. Ecrire à la famille, et prévenir la nourrice. Mais prévenir la nourrice c'est violer le secret médical, dira-t-on. S'il s'agissait d'enfants assistés, le médecin inspecteur agissant comme fonctionnaire, en est relevé par la loi : mais dans le cas où la nourrice qui a mandé le praticien chez elle, demande des explications ; que dire? que faire.

On est dans le même embarras lorsqu'une nourrice *non affectée de syphilis*, vient consulter un médecin avec ou sans son nourrisson. Dans ces cas le Congrès ne s'est pas trouvé d'accord avec le rapporteur ; il a déclaré que le médecin devait à la nourrice la vérité, et qu'il n'y avait pas de violation de secret professionnel puisqu'en réalité, il n'y en avait pas. La nourrice vient vous consulter, elle paie souvent sa consultation, donc elle a droit à être renseignée exactement. Il est évident que c'est là une juste appréciation de la responsabilité du médecin, et que le principe de secret médical ne doit pas être poussé trop loin : c'est sa conscience qui doit renseigner le médecin. Or je n'en sache guère qui pourraient être satisfaits après avoir simplement averti la nourrice que son nourrisson est atteint de certains accidents contagieux pour elle. Il est certain qu'elle ne se rend pas compte de la gravité de cette contagion ; car de deux choses l'une : ou le médecin s'est borné à ces termes vagues et insuffisants, ou il y a insisté à demi mot de telle façon que la nourrice est prévenue ; mais alors à moins d'arguties, il a trahi le fameux secret médical.

La question de la contamination des enfants par les nourrices syphilitiques a été aussi agitée. M. Fournier propose avec le rapporteur d'exiger de toute nourrice un certificat constatant que l'enfant qu'elle vient d'allaiter n'a été atteint d'aucune maladie contagieuse durant l'allaitement. D'autre part le rapporteur propose que les parents, venant chercher une nourrice dans les bureaux, s'engagent à fournir à la nourrice, à sa sortie, un certificat médical constatant que pendant la durée de l'allaitement, l'enfant n'a été atteint d'aucune maladie spécifique héréditaire.

Ces mesures, ainsi que l'a fait remarquer M. Brouardel, seraient inexécutables, et comme il l'a dit très justement, c'est le médecin de la famille qu'on engage, et on peut se heurter à un refus de sa part. D'ailleurs la garantie n'est pas absolue. On peut voir dans certaines familles les premiers enfants sains et un dernier syphilide. Aussi le Congrès ne s'est-il pas associé aux conclusions du rapport.

Enfin, il est un danger auquel expose l'habitude qu'on a puisé dans le monde d'avoir un accoucheur qui ne vient que pendant la période des couches et souvent tout à fait en dehors du médecin de la famille. Il est fréquemment chargé du choix d'une nourrice, or il peut se faire qu'il n'ait pas constaté la syphilis de la famille, ou qu'on ne lui ait rien confié à ce sujet. Dans ces cas il n'est pas responsable, dit M. Brouardel. Seulement il est bien certain que le médecin ordinaire peut prévenir l'accoucheur, en tout cas le père devra être prévenu des conséquences graves qui peuvent résulter d'un allaitement par une nourrice saine. H. Barbier.

NOTES ET INFORMATIONS

Mouvement de la population pendant l'année 1888. — Le *Journal officiel* du 28 de ce mois contient un rapport du ministre du commerce au *Président de la République*, sur le mouvement de la population en France, pendant l'année 1888.

Nous en détachons les parties les plus intéressantes :

« D'après le dépouillement des actes de l'état civil, il a été enregistré, pendant l'année 1888, 276,848 mariages, 4,078 divorces, 882,639 naissances et 837,867 décès. L'accroissement naturel de la population, résultant de l'excédant des naissances sur les décès, a été de 44,772 individus. Cet accroissement avait été de 56,536 en 1887. Si l'on compare ces résultats à ceux des précédentes années, on constate une diminution générale très accentuée, portant à la fois sur les mariages, les naissances et les décès. Le chiffre des divorces, ainsi que celui des naissances naturelles, présentent seuls une augmentation.

Mariages. — En 1888, il a été célébré en France 276,848 mariages, soit 212 seulement de moins que l'année précédente, mais 6,360 de moins qu'en 1886. Cette diminution du nombre des mariages est inquiétante par sa continuité, car, à chaque diminution dans le chiffre des mariages, correspond une perte trois fois plus grande dans le nombre des naissances ultérieures. Le taux des mariages est actuellement de 7.2 pour 1,000 habitants, au lieu de 7,5 qui était le taux ordinaire des dernières années. On a compté un mariage sur 139 habitants et un sur 42 célibataires adultes des deux sexes.

Divorces. — Il a été enregistré 4,708 divorces en 1888, soit 1,072 de plus qu'en 1887 et 1,758 de plus qu'en 1886. Depuis la mise en vigueur de la loi qui a rétabli le divorce, en 1884, 17,228 divorces ont été relevés dans les registres de l'état civil.

« Comme toujours, c'est à Paris que les divorces sont le plus fréquents (1,408 divorces). Viennent ensuite, par ordre d'importance, les départements de Seine-et-Oise, des Bouches-du-Rhône et de l'Aube. La Creuse n'a compté qu'un divorce, et le Cantal n'en a enregistré aucun.

Naissances. — Le nombre des naissances n'a été en 1888 que de 882,639, en diminution de 16,794 sur les naissances de 1887. Jamais, si ce n'est en 1871, le nombre des naissances n'a été aussi faible, et cette diminution ne semble pas prête de s'arrêter, si l'on en juge par les chiffres suivants qui montrent le mouvement constamment décroissant des naissances depuis cinq ans :

En 1884, 937.758 naissances.
En 1885, 924,558 naissances, soit 13,200 en moins.
En 1886, 912,838 naissances, soit 11,720 en moins.
En 1887, 899,333 naissances, soit 13,505 en moins.
En 1888, 882,639 naissances, soit 16,794 en moins.

D'après les calculs effectués à ce sujet par le bureau de la statistique générale de France, le nombre des naissances a diminué de près de 50,000 dans l'ensemble du pays, par rapport à la moyenne décennale, ce qui constitue un recul de plus de 5 p. 100. Tous les départements, sauf huit, ont plus ou moins contribué à cette diminution. C'est dans la région du Sud-Ouest, entre la Méditerranée et l'Atlantique, que la décroissance de la natalité est le plus sensible. Dans certains départements de la Gascogne ou des Pyrénées, en effet, le nombre des naissances est de 15 à 20 p. 100 inférieur à ce qu'il était il y a dix ans. Dans huit départements, il y a eu accroissement ; encore cet accroissement n'est-il qu'apparent, car il provient de l'immigration, comme le prouve la liste de ces départements : Alpes-Maritimes, Aube, Bouches-du-Rhône, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Oise.

Naissances naturelles. — Le nombre des naissances naturelles ne fait que s'accroître ; la proportion de ces naissances, qui était de 7,5 p. 100 en 1881, et de 8 p. 100 en 1885, atteint aujourd'hui 8,5 p. 100.

Décès. — En 1888, le nombre des décès est tombé à 837,867, chiffre relativement satisfaisant, soit une moyenne de 21.9 décès pour 1,000 habitants. En général, les départements qui sont doués d'une forte natalité sont également affectés d'une grande mortalité : les premiers âges de la vie, en effet, sont ceux qui payent le plus large tribut à la mort. C'est dans le bassin de la Seine, en Normandie, mais surtout dans les départements de l'Ardèche, de la Drôme, de Vaucluse et des

Basses-Alpes, que la mortalité des enfants du premier âge est la plus forte (plus de 20 p. 100). Comme les années précédentes, les décès du sexe masculin l'ont emporté de beaucoup sur les décès du sexe féminin : 436,223 décès d'hommes, contre 401,644 décès de femmes.

« *Excédent réciproque des naissances et des décès.* — Dans 44 départements, c'est-à-dire dans la moitié de la France, il y a en accroissement de la population, par suite de l'excédent des naissances sur les décès. Dans les 43 antres départements, au contraire, les décès l'ont emporté sur les naissances. L'accroissement total a été de 44,772 individus; les seuls départements du Nord et du Pas-de-Calais y ont contribué pour la moitié, et la Bretagne pour un quart; il est remarquable que le quart de l'accroissement total est dû à l'excédent des naissances de la population étrangère, ainsi que cela ressort des statistiques du mouvement de cette population. Enfin, il faut constater que, sans l'appoint des naissances naturelles, la population française diminuerait.

« *Mouvement de la population par nationalité.* — Pour la première fois, la statistique a recueilli des renseignements précis sur les mariages, les naissances et les décès des étrangers habitant la France.

On a relevé en France, pendant l'année 1888, 3,065 mariages entre étrangers de toute nationalité ; 3,403 mariages entre étrangères et Français, et 4,840 entre Françaises et étrangers. 14,373 personnes de nationalité étrangère ont donc contracté mariage en France, représentant les 2,6 centièmes des mariages célébrés.

Les naissances d'étrangers se sont élevées à 29,105, soit 3,3 centièmes de l'ensemble des naissances.

Enfin, 17,971 étrangers sont morts en France pendant la même année ; la proportion de ces décès à l'ensemble des décès ressort à 2,1 p. 100 seulement.

Il convient de rappeler, pour faciliter la comparaison, que la proportion des étrangers habitant la France est actuellement de 3 p. 100.

Aussi peut-on conclure tout d'abord des faits ci-dessus constatés que chez les étrangers le mariage est un peu moins fréquent que chez le Français, et que l'on compte parmi eux, toutes proportions gardées, plus de naissances et moins de décès.

L'excédent des naissances sur les décès a été, pour la population étrangère, de 11,134 individus, soit le quart de l'excédent constaté pour toute la France. Cet accroissement naturel, auquel vient s'ajouter l'immigration constante dont la France est l'objet, s'élève à 1 p. 100 de l'effectif des étrangers, et est dix fois plus rapide que celui de la population française (1,1 p. 1,000). »

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans votre numéro du 24 août 1889, votre collaborateur parlant de mon rapport au Congrès d'hypnotisme, me fait dire : « L'action des aimants, l'électricité, le massage, l'hydrothérapie, etc., etc., tout est suggestion. »

Je n'ai pas dit cela. J'ai dit, ce qui n'est pas la même chose, que la suggestion joue UN ROLE dans toutes ces pratiques, et que si nos connaissances exactes sont si confuses et si contradictoires sur l'efficacité thérapeutique de ces procédés, c'est en partie parce qu'on n'a pas cherché à dégager *l'élément suggestion.* Voilà ce que j'ai dit : ce n'est pas une vue de l'esprit ; c'est une observation basée sur des faits expérimentaux.

Je vous serais obligé, Monsieur le Rédacteur en chef, d'insérer cette rectification et d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr BERNHEIM (de Nancy).

NOUVELLES

Nécrologie. — MAURICE PERRIN. — L'Académie de médecine vient de perdre son président, M. Maurice Perrin, décédé subitement à Vezélise (Meurthe) son pays natal, le 31 août dernier.

Né le 18 avril 1826, Maurice-Constantin Perrin, fut admis élève de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en octobre 1846, sous-aide en 1849, il soutint sa thèse de docteur en médecine en 1851, puis devint, au concours de 1858, professeur agrégé à la même école militaire. Ses conférences de médecine opératoire de 1858 à 1862, et surtout celles d'ophthalmoscopie de 1862 à 1869, auxquelles il consacrait une grande partie de son temps, appelèrent sur lui l'attention et il fut nommé successivement professeur titulaire de médecine opératoire, en 1868 à l'unanimité des suffrages des professeurs et du Conseil de santé ; directeur des conférences d'ophthalmoscopie en 1869 ; médecin principal de 1re classe en 1871 ; sous-directeur de l'Ecole en 1874 ; directeur en 1880 ; médecin inspecteur en 1881. M. Perrin avait été élu membre de l'Académie de médecine en 1875, vice-président en 1888 et il la présidait cette année. Ses travaux spéciaux l'avaient classé au nombre de nos meilleurs ophthalmologistes. Nous citerons de lui : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme* (1860) ; *Traité d'anesthésie chirurgicale* (1863) ; *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie* (1870) ; *Atlas profond des maladies de l'œil* (1879). Il est aussi l'auteur d'un grand nombre de mémoires sur la médecine et la chirurgie, insérés dans les *Bulletins de l'Académie de médecine*, de la *Société de chirurgie*, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, etc. Son caractère droit, sa nature loyale et franche, son aménité, le feront regretter de ses collègues et de tous ceux qui se trouvaient en relations avec lui. A. D.

***

Ecole de médecine de Caen. — M. Guillet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1889-1890 d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

***

Corps de santé de la Marine. — Par décret en date du 23 août 1889, ont été nommés dans le corps de santé de la marine au grade de médecin de 2e classe : MM. Barret (Louis-Joseph-Emile), Joyau (Ferdinand-Joseph-Anselme), médecins-auxiliaires de 2e classe, docteurs en médecine.

— Par décret en date du 20 août 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin de 2e classe, M. Bergeret (Georges), médecin auxiliaire de 2e classe, docteur en médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

M. Kholodenko. — Néphrorrhaphie.

M. Maurange. — Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.

M. Rollin. — Hémorrhagie de l'ovaire.

M. D'Aurelle de Paladines. — De l'anesthésie hystérique. Contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse.

M. Meneault. — Pseudo-rachitis syphilitique.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par Paul Sollier, interne des hôpitaux de Paris, avec une préface de M. le docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre. Un volume in-18 jésus. Prix 2 fr. 50. Bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, à Paris et Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes (avortement, accouchement prématuré). Mémoire présenté et lu au Congrès Brésilien de médecine et de chirurgie, réuni à Rio-de-Janeiro, en septembre 1888, par le docteur Rodrigues dos Santos Une brochure de 54 pages Imprimerie à vapeur H. Lombaerts et Compagnie, 7, rua dos Ourives, à Rio-de-Janeiro (Brésil).

Etude médico philosophique sur les pertes séminales involontaires. Spermatorrhée, par le docteur Pouillet. 3e édition. Un volume in-18, de 247 pages. Prix 3 fr. 50. Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole de Médecine.

Le service de la vaccination dans les Vosges. Ce qu'il est, ce qu'il devrait être, par le docteur Lardier, de Rambervillers, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Une brochure in-8 de 16 pages. Typographie et lithographie Ch. Méjéat jeune, à Rambervillers (Vosges).

Le surmenage intellectuel et es exercices physiques, par le docteur A. Riant, professeur d'hygiène à l'Ecole normale de la Seine et au Lycée Charlemagne, etc. Un volume in-16 broché de 312 pages. Prix 3 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

The bacteria in asiatic cholera, by E. Klein, M. D. F. R. S. Un volume in-18 cartonné de 179 pages avec 40 figures dans le texte. Librairie Macmillan and hox in London and New-York.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 AU SAMEDI 31 AOUT 1889.

Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 6. — Rougeole, 13. — Scarlatine. 3. — Coqueluche, 11.—Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 3. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 6.— Maladies organiques du cœur. 51. — Bronchite aiguë, 28. — Bronchite chronique, 14. — Broncho-pneumonie, 19. — Pneumonie, 41. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 19 —Biberon, 98. —Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 29. — Suicides, 10.—Autres morts violentes, 4.—Autres causes de mort, 164. — Canses inconnues, 11.— Total : 904.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

60e Année. 7e Série. Tome VI — N° 37 — 14 SEPTEMBRE 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GENERALE

De l'épilepsie consécutive aux maladies infectieuses. Théorie de la crise épileptique.

Depuis quelque temps l'idée de considérer l'épilepsie comme un état souvent consécutif à des maladies infectieuses paraît gagner du terrain, et une série de notes ou de thèses sont venues apporter de nouveaux documents pour l'étayer. Dans un article du *Progrès médical* paru en 1887, M. Marie avait battu en brèche la théorie qui fait de l'épilepsie une maladie essentielle, presque toujours héréditaire, et avait montré le rôle important que jouent dans sa genèse des maladies microbiennes, telles que la fièvre puerpérale et la syphilis; moi-même, peu de temps après, j'avais insisté sur la présence, dans les centres nerveux, de lésions d'origine infectieuse, cause immédiate, selon moi, des accès convulsifs; plus récemment encore deux thèses inspirées l'une par le professeur Pierret et l'autre par mon ami, le Dr Garnier (de Dijon) et par moi sont venues confirmer et étendre les faits précisément énoncés (1).

Il y avait déjà longtemps que la fréquence de l'épilepsie à la suite des maladies infectieuses avait frappé les observateurs. En 1824, J. Frank établit par des faits nombreux que l'épilepsie se déclare presque toujours chez des individus dont les antécédents sont riches en circonstances pathologiques. Georget en 1835 remarque l'influence de la variole, Moreau (de Tours), relève sur un ensemble de 240 cas d'épilepsie, 131 cas où elle était consécutive à une fièvre éruptive, mais il n'attache pas à cette constatation toute l'importance qu'elle mérite et considère cette épilepsie comme devant faire partie du groupe des états nerveux épileptiformes. Herpin note l'influence de la tuberculose; les médecins américains et indiens celle de la malaria; Gervers, après Echeverria signale la possibilité du développement de l'épilepsie à la suite de la scarlatine, mais pense que l'agent infectieux ne fait qu'exciter la prédisposition. Les travaux du professeur Fournier sur l'épilepsie syphilitique sont trop connus pour qu'on les rappelle. Il est néanmoins bon de dire que cette variété est le type du genre et que c'est elle que l'on doit prendre comme point de départ pour l'étude des épilepsies qui sont encore mal différenciées.

Dans une série de notes, M. Marie prouve d'abord que la sclérose en plaques s'observe fréquemment à la suite de maladies infectieuses, puis que ces dernières sont aussi en relation intime avec l'hémiplégie infantile et avec l'épilepsie tardive.

(1) Marie. Progrès médical, 1887.
(2) Lemoine. Id., 1888.
(3) Belous.
(4) Veysset. De l'influence des maladies infectieuses sur le développement de l'épilepsie. Thèse de Paris, juin 1889.

FEUILLETON

Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, mais qui existent en latin ou en arabe (1).

(*Extrait d'un travail sur ce sujet encore inédit*).

(*Suite*) (1)

7. Γαληνοῦ περὶ διαίτης καὶ θεραπειῶν πρὸς Ἀντικένσορα Πατρίκιον. *De la diète et des thérapies.* Le traité, dédié à Anticensor Patricius, se trouve dans le Ms grec 2230, de Paris.

8. Γαληνοῦ τὰ ἐρωτήματα τῆς ἰατρικῆς. *Questions médicales.* Codex græcus, 469, de Munich.

9. *De medicinæ Hippocratis.* Biblioth. de Belgique, n° 11346.

10. Ἀπὸ τῶν ἁπλῶν τοῦ Γαληνοῦ σύναψις εἴς τινα κεφάλαια. *Synopsis des médicaments simples de Galien.* Ms. grec, 2230, folio 37, de Paris.

(1) Voir le numéro précédent.

11. *Table* des divisions pour dix livres de Galien, par un auteur anonyme ancien. Codex medicus græcus, n° 35, de Vienne.

De ces onze traités, les trois premiers sont certainement dus à Galien; ainsi, très probablement, que ceux des nos 4 et 5 : *Des muscles, Des os, Des veines* et Περὶ τοῦ ὅλου νοσήματος, si ces écrits ne sont pas peut-être inscrits par erreur dans le Catalogue. Les autres traités, des nos 6 à 11, paraissent être apocryphes, mais ils ne manquent pas d'intérêt.

II. ΚΡΑΤΕΥΑΣ. Cratevas, rhizotome célèbre, vivait, selon toutes probabilités, sous Mithridate Eupator vers 80 avant J.-C. Son Ῥιζοτομικὸν fut très estimé de tous les anciens; c'est le plus vieux traité de matière médicale avec des figures coloriées des plantes. Il ne nous reste du Ῥιζοτομικὸν de Cratevas que des fragments inédits, existant dans les manuscrits médicaux de Vienne, nos 5 et 6.

De plus, dans le Ms. grec de Paris, 2286, fol. 1 à 54 verso, du XIVe siècle, en papier de 170 feuillets, on trouve aussi quelques fragments de Cratevas, parmi une collection alphabétique des plantes, tirée en grande partie de Dioscoride, et en second lieu de Galien, ainsi que de Cratevas. Je ne puis pas dire si ces fragments

Il reconnaît comme étant les causes les plus fréquentes de cette dernière, la syphilis et la puerpéralité et conclut en disant : l'influence névropathique joue un certain rôle comme cause prédisposante de l'épilepsie, mais ce n'est qu'une cause prédisposante et si quelque maladie générale n'est pas venue porter ses coups, soit primitivement, soit secondairement sur les centres nerveux ou leurs annexes, ces héréditaires, ces dégénérés, ces cérébraux ne deviendront pas plus épileptiques qu'ils ne seront atteints de la paralysie générale s'ils n'ont jamais eu la syphilis. Pour lui la cause première est toujours extérieure au malade et postérieure à la conception. L'enfant n'est pas conçu épileptique, mais il peut devenir épileptique, si la cause morbide l'a frappé pendant la vie intra-utérine, et cette cause première n'est autre en général qu'une infection.

MM. de Montgolfier (thèse de Lyon 1884) et Montet (Thèse de Lyon 1887) ont constaté que chez les enfants, les fièvres infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine et la variole, les inflammations des voies respiratoires, les fièvres infectieuses de tout ordre si fréquentes chez eux, s'accompagnent souvent de convulsions qui peuvent se reproduire longtemps après la disparition de la maladie causale. De mon côté j'ai remarqué comme Moreau, de Tours, la fréquence des fièvres éruptives, à l'origine de l'épilepsie, et j'explique leur rôle en disant qu'elles contribuent à provoquer l'épilepsie seulement chez les sujets prédisposés. D'autre part pour que la maladie générale puisse déterminer un jour des accidents nerveux, il faut qu'elle se soit localisée dans le système neveux, et y ait produit des lésions persistantes.

Les altérations produites dans les centres nerveux par les maladies infectieuses sont encore très mal connues bien que leur étude offre pourtant le plus grand intérêt puisqu'elles deviennent le point de départ, selon nous, du plus grand nombre des maladies nerveuses et des névroses. Un élève du professeur Pierret, M. Belous a condensé dans sa thèse la majeure partie des documents qu'on possède à ce sujet et a tiré de ce travail des conclusions importantes.

Deux routes, dit-il, s'offrent aux agents infectieux pour aborder les centres nerveux : les voies sanguines et les voies lymphatiques ; de là ils se répandent dans les gaines péri-vasculaires. Les injections de Key et de Retzius ont rendu évidentes les larges communications qui existent entre les espaces qui séparent les divers éléments nerveux, espaces qui sont remplis par les sucs nourriciers ; ces auteurs ont démontré, en outre, que les lymphatiques de diverses régions communiquent avec les espaces sous-duraux et sous arachnoïdiens du cerveau et de la moelle. Les agents infectieux circulent dans ces nombreux méandres lymphatiques, jusqu'à ce qu'ils trouvent une région favorable à leur développement.

Buhl, Artel, Pierret, Millard, relatant des observations d'individus morts d'angine diphthéritique suivie de paralysies, signalent l'infiltration par de nombreux leucocytes des mailles de tissu conjonctif, des gaines péri-vasculaires et des espaces lymphatiques.

MM. Barth et Dejerine, à propos d'un individu ayant présenté de la paralysie du voile du palais signalent l'infiltration de leucocytes dans les racines de l'hypoglosse, du spinal, du glosso-pharyngien et des deux premières paires cervicales.

Dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives compliquées de phénomènes paralytiques, on rencontre toujours des amas d'éléments embryonnaires remplis de microbes et siégeant autour des vaisseaux dans certains points du système nerveux. Lionville dans des cas de myélite diffuse infiltrée survenue au cours de la granulie signale une infiltration du tissu nerveux par des traînées d'éléments inflammatoires, propagées suivant le trajet des vaisseaux. Galtier a observé dans la rage l'accumulation des cellules lymphatiques dans les gaines péri-vasculaires et la présence d'abcès miliaires disséminés dans le voisinage des vaisseaux.

Les maladies infectieuses peuvent déterminer à un moment quelconque de leur évolution des accidents nerveux, convulsions, paralysies, contractures, etc., et il résulte de la susceptibilité des centres nerveux à réagir sous l'action des agents infectieux que non seulement des symptômes isolés, mais même des maladies durables sont souvent la conséquence de ces localisations. Le mécanisme pathologique en vertu duquel ces faits se produisent est bien simple à comprendre, le voici à peu près tel qu'il est exposé dans le travail de Belous.

Notre organisme dès la naissance est envahi par un millier de microbes qui nous environnent, les tissus de l'enfant doivent à un moment donné entrer en lutte avec ces microorganismes et il arrive parfois que lorsqu'un microbe a abandonné la lutte un autre lui succède dans le combat. M. le professeur Pierret, se servant d'un terme pittoresque pour caractériser ces nom-

---

sont identiques avec ceux des Mss. de Vienne, mais en tout cas le Ms. de Paris doit être consulté pour une édition de Cratevas.

III. ΑΪΛΙΟΣ ΠΡΟΜΩΤΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΥΣ. Ælius Promotus d'Alexandrie, auteur antérieur à Galien comme le précédent, a écrit trois livres :

1. Un traité de *pharmacologie*, le plus ancien connu, intitulé : Δυναμερόν, qui se trouve dans la bibliothèque de Saint-Marc, à Venise, Ms grec, 295, fol. 191 verso, et à l'Escurial, Cod.-e.-1.-2, fol. 136.

2. Un traité de la *Superstition*, Φυσικὰ καὶ ἀντιπαθητικά. Il existe à Leyde, dans le manuscrit grec de Vossius, n° 29 ; dans le Codex grec du Vatican, n° 299, fol. 494 ; et à la bibliothèque Ambroisienne, Ms. grec, S.-3, fol. 114.

3. Le traité Περὶ ἰοβόλων καὶ δηλητηρίων φαρμάκων existe au Vatican, dans le manuscrit grec, n° 299, fol. 473, et dans la bibliothèque Ambroisienne, Ms. S.-3, fol. 69 verso. Il s'agit ici d'un traité anonyme attribué à Aelius Promotus ; dans tous les cas, c'est l'œuvre de toxicologie la plus ancienne.

IV. ΜΗΤΡΟΔΩΡΑ. Metrodora, auteur d'une époque inconnue, a écrit *sur les maladies des femmes*. Ce traité, divisé en 108 chapitres contient les maladies de l'utérus, des mamelles, de l'estomac et diverses recettes ; il se trouve à Florence, Plutæus 75, Cod. græc. 3, fol. 4, verso.

V. Traité de médecine anonyme. — La vivacité du style, ainsi que le contenu, montrent qu'il s'agit d'un traité très ancien et fort important. Dans chaque maladie il est question : 1° des causes ; 2° des symptômes ; 3° du traitement. Ce traité se trouve à Paris dans le Ms. 2324, fol. 146 v° à 209 v°, et dans le Ms. 636 du Supplément grec, fol. 21 à 82 ; et de plus, dans le Ms. méd. grec de Vienne, n° 37 (olim 41), fol. 13.

VI. ὈΡΙΒΑΣΙΟΣ. Oribase, médecin de Julien, compatriote de Galien, vivait au IVe siècle de notre ère. La plus grande partie de son *Synopsis*, en 70 livres selon Photius ou 72 selon Souidas, est perdue. Tout récemment, après la lecture de ce mémoire, j'ai découvert un opuscule anonyme de 39 chapitres, sous le titre Ὀφθαλμικά dans le manuscrit 446 du Supplément grec de Paris, fol. 35 v° à 38 v°. C'est un extrait d'un livre perdu de la collection d'Oribase, livre qui traitait sur les maladies des yeux.

breuses atteintes des germes infectieux dans le jeune âge, dit que l'enfant fait l'essai de tous les microbes.

Introduit dans l'organisme et trouvant dans le système nerveux comme ailleurs, un milieu favorable à son évolution, le microbe va produire une série de phénomènes inflammatoires; d'abord de la congestion, parfois assez forte pour déterminer la rupture des capillaires, de sorte que l'on peut observer des hémorrhagies ponctuées sur divers points de l'axe médullaire. Ailleurs il se produisit une exsudation de cellules lymphatiques dans les gaines péri-vasculaires et par suite de la rupture de ces gaines entre les tubes nerveux eux-mêmes. Tout peut s'arrêter là; l'organisme réagit et après quelques troubles fonctionnels, convulsions, parésie, crampes, douleurs rachidiennes, etc. tout peut rentrer dans l'ordre. Mais dans d'autres cas, si les colonies microbiennes continuent leur évolution, les vaisseaux seront comprimés par places par la grande quantité de cellules lymphatiques accumulées dans les gaines et prendront l'aspect maciliforme (Pierret). Les vaisseaux seront obstrués par un caillot sanguin plus ou moins volumineux; il en résultera une mauvaise nutrition puis la mort des éléments nerveux. Tout peut encore rentrer dans l'ordre si on intervient par un traitement énergique, sinon ces éléments dégénèrent et sont remplacés par un tissu de sclérose.

Ces altérations du système lymphatique de la moelle sont très nettes dans la syphilis médullaire; les lésions sont inégalement distribuées et les petits foyers de sclérose qu'elles déterminent tendent à donner à la moelle un aspect tigré (Pierret). Par le courant sanguin ou par le système lymphatique, les microbes pénètrent dans les centres nerveux et forment, dans les points les moins résistants, comme nous venons de le dire, des colonnes dont on peut voir de beaux exemples dans les figures représentées par Gervers dans ses recherches sur l'anatomie pathologique de la rage.

M. Pierret pense depuis longtemps qu'une localisation microbienne dans la moelle pourra, selon la région atteinte, faire naître les symptômes de la paralysie infantile, si la localisation se fait dans les cornes antérieures, de la chorée, si cette localisation se fait en un point du tractus moteur. Le même microbe peut donc donner naissance à ces deux maladies. Quand, consécutivement, à l'une d'elles, on voit apparaître l'épilepsie, il est bien permis de dire que les phénomènes convulsifs résultent du même processus.

Voilà par exemple un enfant atteint de rougeole; la maladie s'annonce par des symptômes ataxiques, elle détermine de l'agitation, du délire, des secousses convulsives dans les membres, de la rachialgie; les symptômes sont sans aucun doute en rapport avec la localisation toute particulière des agents infectieux sur les centres nerveux; les résultats de l'autopsie l'ont montré dans bien des cas. Ces symptômes s'amendent peu à peu, la maladie parcourt ses diverses phases mais lentement et avec une allure particulière qu'elle doit aux symptômes ataxiques du début: cependant tout paraît devoir se passer pour le mieux quand, au commencement de la convalescence, apparaissent des paralysies plus ou moins étendues, de type paraplégique par exemple. Les observations de ce genre sont nombreuses, et dans certains cas la maladie peut prendre la forme de paralysie ascendante aiguë, Bergeron (*Gazette des hôpitaux* 1868) a observé un cas de rougeole suivie de paralysie ascendante où la mort survint par asphyxie lente; Westphal a rapporté aussi des faits de ces paralysies à forme extensive.

Ces accidents sont le résultat d'une myélite infectieuse, ils se voient dans toutes les fièvres éruptives et dans la plupart des maladies infectieuses; ils sont le résultat non pas d'une maladie spéciale mais d'une localisation particulière d'un processus infectieux quelconque. Ce que nous venons de dire de la rougeole s'applique également à la variole, à la scarlatine et à ces nombreuses maladies infectieuses si fréquentes dans le jeune âge. L'histoire des accidents nerveux de la diphtérie n'est plus à faire; quoique moins connus ceux de l'érysipèle, de la grippe, de la fièvre typhoïde, du choléra, de la fièvre intermittente sont aussi remarquables. Dans le rhumatisme aigu, la même chose s'observe et les accidents de rhumatisme cérébral sont la conséquence d'une localisation infectieuse sur les méninges et sur l'encéphale.

Voilà donc des maladies infectieuses qui, de l'avis de tout le monde sont capables de produire, pendant leur période d'acuité, du délire, de l'agitation, des convulsions, etc., pendant leur déclin, des paralysies, des troubles de la sensibilité, etc., plus tard, quand la localisation s'est faite en une région spéciale des troubles trophiques. Eh bien, nous venons simplement étendre cette loi admise par tous, que les maladies générales microbiennes tiennent sous leur dépendance des symptômes nerveux

---

VII. Aétius (vers 500 après J.-C.). Aétius a écrit un traité complet de la médecine en 16 livres; les plus importants, le 10e et les 12e jusqu'au 16e, sont encore inédits. On y trouverait de nombreux extraits d'ouvrages complètement perdus et non signalés ailleurs. Dans les diverses bibliothèques, il existe 47 manuscrits d'Aétius dont 10 complets et 37 incomplets; la plupart de ces derniers contiennent des livres inédits d'Aétius. A Paris, il y a 17 manuscrits dont 5 sont complets. Les manuscrits les plus importants pour la publication des œuvres d'Aétius sont les nos 2191, 2193, 2196, 2228, et suppl. grec, n° 632 de la bibliothèque nationale de Paris; en outre 2 manuscrits du Mont-Athos, 1 à Batopède et 1 à Lavra.

VIII. Θεόφιλος Πρωτοσπαθάριος. Theophilus protospatharius, qui vivait au commencement du VIIe siècle, outre ses ouvrages imprimés, a écrit un traité *sur le pouls*, περὶ σφυγμῶν, qui est encore inédit en grec. Le texte se trouve dans le Ms. grec de Paris, 2184, fol. 221 v° à 238.

IX. ΛΈΟΝΤΟΣ σύνοψις εἰς τὴν φύσιν τοῦ ἀνθρώπου (886 après J.-C.). Léon le Philosophe, outre son traité de médecine, a écrit un traité: *De la nature de l'homme*. Une copie se trouve dans les documents de Daremberg.

X. ΘΕΟΦΆΝΗΣ ΝΌΝΝΟΣ. Theophanes Nonnus, médecin célèbre du xe siècle, a composé, par ordre de Constantin le Porphyrogénète, un abrégé de la médecine, déjà publié. Dans le manuscrit 764 du Supplément grec de Paris, il existe une collection anonyme: τὰ εὐπόριστα; elle est de Nonnus. En sus du texte imprimé, elle contient fol. 76 v° à fol. 84: *Synopsis des médicaments*; de plus, du fol. 88 v° au fol. 97 v°: *De la diète*, en deux livres. Ces trois livres sont dédiés par l'auteur à l'empereur Constantin.

(*A suivre.*)

Dr Costomiris,
Professeur agrégé, à Athènes.

et des maladies nerveuses durables, et dire que l'épilepsie doit dans quelques cas être comprise parmi leurs effets.

Dans une note précédente, nous avons expliqué longuement par quel mécanisme la syphilis parvenait à produire l'épilepsie et, en généralisant, nous avons appliqué les résultats obtenus aux autres maladies microbiennes. Depuis, M. Pierret est revenu sur ces faits et les a confirmés, dans la thèse de Belous. Il dit en parlant de la rage :

Quelquefois, dit-il, le microbe après avoir évolué dans une région donnée, la région lombaire par exemple, ne s'étendra pas directement à la partie voisine; il sera transporté très loin de la région primitivement touchée et ira provoquer soit des phénomènes bulbaires, soit des phénomènes de névrite. On observera des phénomènes moteurs associés ou non à des phénomènes sensitifs localisés à un membre où à une partie de membre, ou généralisés. Les phénomènes nerveux peuvent relever de la lésion d'un filet nerveux et la moelle être atteinte. On pourra avoir des phénomènes sensoriels; on pourra observer un délire d'un caractère particulier. Dans le cerveau, une localisation sur les sphères motrices donnera lieu à des phénomènes convulsifs : le processus anatomique sera le même. Au début de la syphilis par exemple, avec cette dernière localisation, on pourra avoir des oblitérations vasculaires et de l'ischémie dans une sphère motrice; il y aura des convulsions. Si l'on n'intervient pas, ce territoire isehémié formera un foyer de sclérose, et l'épilepsie sera créée d'une façon définitive.

Les convulsions épileptiformes qu'on observe au cours des maladies infectieuses sont, en tout comparables, comme pathogénie et comme signification avec l'épilepsie qui peut apparaître plusieurs mois après la fin de la convalescence. Les unes comme les autres sont le résultat du même processus, de la même localisation microbienne sur l'encéphale, mais tandis que les convulsions du début sont produites par les poussées inflammatoires et la formation de colonies microbiennes, l'épilepsie secondaire résulte de la sclérose des foyers primitifs. On peut guérir ces convulsions primitives par un traitement approprié et on peut ainsi prévenir l'épilepsie. Quand celle-ci apparaît, comme sa cause, la sclérose est difficile à atteindre, la guérison devient très incertaine, sinon impossible.

II

Quelle que soit l'origine de l'épilepsie, qu'elle soit héréditaire ou secondaire un point qui est toujours resté inexpliqué, c'est celui de savoir qu'elles sont les causes prochaines de la crise épileptique. quels sont ses facteurs immédiats et pourquoi les crises se répètent à intervalles plus ou moins espacés. Les explications proposées sont nombreuses, nous en donnons une autre, tirée de l'étude des phénomènes intimes de la crise et fondée sur la connaissance des épilepsies toxiques.

Il est très vraisemblable que dans beaucoup de cas, l'accès épileptique est dû à l'accumulation, dans les liquides nourriciers qui viennent irriguer les centres nerveux de produits excrémentitiels dont l'élimination ne s'est pas faite régulièrement, ou dont la production a été exagérée. C'est la théorie que j'ai exposée dans la thèse de Veysset, et je l'appuie sur les rapports intimes qui existent entre l'état de mal épileptique et l'urémie. Ce qui lui donne une base sérieuse, c'est qu'entre la crise d'urémie convulsive et la crise épileptique il n'y a, le plus souvent aucune différence, et que le diagnostic serait tout à fait impossible si, pour le faire, on n'avait les anamnestiques. Les crises d'éclampsie puerpérale simulent à s'y méprendre les crises d'épilepsie et le diagnostic entre elles peut être fort embarrassant à faire. Or l'éclampsie est produite par la rétention des produits excrémentitiels qui encombrent alors le sang.

La ressemblance entre les symptômes nous amène à supposer une ressemblance de cause et à penser que l'accès épileptique est sous la dépendance d'une toxicité des tumeurs de l'organisme. Bien d'autres faits, du reste viennent à l'appui de notre théorie.

On sait aujourd'hui, depuis les remarquables travaux de MM. Bouchard et Albert Robin, que, dans les maladies fébriles, les complications les plus redoutables et particulièrement les manifestations nerveuses, sont dues à l'accumulation dans le sang de produits toxiques que les reins n'éliminent pas assez rapidement. L'apparition d'une néphrite constitue par conséquent un danger grave pour les fébricitants puisqu'elle diminue les chances d'élimination par le rein. Des accidents cérébraux de toute nature peuvent en être la conséquence et parmi eux des convulsions et des accès épileptiformes. Ce n'est du reste qu'une variété d'urémie qui se développe alors. Au contraire, quand il ne survient pas de néphrite, et quand, malgré l'accumulation relative dans le sang des produits toxiques que fabriquent alors les microbes et les cellules du malade, la maladie suit un cours favorable, on voit apparaître à la fin de la période d'état, une période critique ou crise qui marque le début de l'amélioration. Cette crise est caractérisée par l'élimination en masse, par tous les émonctoires, de tous les produits toxiques; ils remplissent l'urine, la sueur, les selles, etc. et ce qui le prouve c'est que la toxicité de ces liquides augmente alors dans de fortes proportions. Parallèlement la toxicité du sang diminue alors, ce qui indique qu'il s'est débarrassé des poisons qu'il contenait. Cette élimination se fait avec des symptômes bruyants : ascension thermique, polyurie abondante, sueurs excessives, diarrhée, etc.

C'est une décharge qui se produit et qui débarrasse l'organisme des poisons qui le tuaient.

Comparons cela avec ce qui se passe chez un épileptique.

Quand il y a un certain temps qu'il n'a pas eu d'accès et qu'il est à la veille d'en avoir, il ressent des malaises de toute sorte, sa nutrition se fait mal, souvent il a des troubles gastriques, plus souvent encore des troubles cérébraux, ses urines diminuent de quantité et se foncent en couleur. Il aspire à son accès comme à une délivrance, car il sait qu'il entrera ensuite dans une période de calme. L'accès est pour lui un mal nécessaire, une crise ou une décharge qu'il est même bon de provoquer dans certains cas, pour améliorer momentanément son état. Il semble que les centres nerveux soient envahis par un fluide particulier, nous préférons dire par les produits de désassimilation et qu'ils ne puissent reprendre leur équilibre qu'après s'en être débarrassé. On a comparé l'accès épileptique à la décharge d'une bouteille de Leydé, c'est une simple figure qui n'explique rien; il vaut mieux, selon nous, la comparer à la crise qui marque le déclin des maladies infectieuses.

Dans les deux cas il y a des phénomènes cérébraux, différents, il est vrai, mais nous ferons remarquer, qu'en ce moment, nous comparons, nous n'identifions pas. La température monte pendant l'accès épileptique comme elle monte aussi pendant l'accès d'urémie éclamptique. Les phénomènes, dits critiques se retrouvent aussi de part et d'autre. La transpiration, surtout celle de la tête et des mains, l'émission abondante d'urines après l'accès, existent à peu près toujours dans l'épilepsie. Il est très logique de rapprocher ces sueurs et cette émission d'urines, des sueurs et de la polyurie des crises. Autre chose : la composition de l'urine est modifiée pendant les crises des maladies fébriles; or elle l'est aussi après l'accès épilep-

il développé accidentellement sur un des sujets vaccinifères, qu'un malheureux hasard aurait fait employer dans ce but.

Le liquide provenant des pustules de l'enfant D a été recueilli 4 jours après la vaccination qui avait eu de si tristes résultats, et envoyé à Paris an laboratoire de M. Pasteur.

L'inoculation à des lapins et à des cobayes n'a rien donné, et la culture n'a donné qu'un microcoque vulgaire inoffensif, également dans les mêmes conditions. Mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Bronardel (1), cela ne prouve pas que ce liquide l'était trois ou quatre jours auparavant.

Mais il faut reprendre les choses de plus haut, et en suivant pas à pas la remarquable analyse de ces accidents, on arrive à se convaincre que l'enfant D n'était pas accidentellement porteur d'un vaccin altéré, mais qu'elle-même en avait avec le germe des vaccinifères antérieurs.

Si nous suivons en effet la série des inoculations, nous trouvons que les accidents locaux augmentent d'importance à mesure qu'on s'éloigne du premier terme de l'inoculation, depuis la simple rougeur autour des pustules, jusqu'au phlegmon et à l'empoisonnement du sang. Il semble donc qu'à chaque série la virulence pathologique du vaccin augmente.

Or ces faits sont aujourd'hui connus, l'exaltation de la virulence des agents de la septicémie par des inoculations successives n'est plus un secret pour personne. Si l'on se fût borné à l'emploi du vaccin envoyé, tout se fût bien passé, par conséquent, il y a dans ce fait un danger de plus à l'actif de la vaccination de bras à bras.

Je ne parle pas des érysipèles inoculés avec la vaccine, de lymphangites, de phlegmons localisés, quand j'y aurai ajouté les affections cutanées de l'enfance qu'on sait inoculables aujourd'hui, telles que les echtyma, pemphigus, etc., on conviendra facilement qu'il y a plus d'inconnu dans le fait de prendre sur le bras d'un enfant le vaccin dont on a besoin, que d'employer dans les conditions, et avec les précautions dont nous avons parlé plus haut, le vaccin recueilli sur de belles pustules d'une génisse bien portante.

Mais j'ai hâte d'en arriver au plus formidable danger de la vaccination de bras à bras, à la syphilis vaccinale.

Syphilis vaccinale.

On a dit que le nombre des vérolés du fait de la vaccine était si minime eu égard au nombre des vaccinés, que ce nombre était, pour employer une expression demeurée célèbre : une quantité négligeable. Je ne crois pas qu'il soit permis à un médecin de raisonner ainsi quand il peut faire mieux et éviter le retour de semblables accidents ; il faudrait au contraire qu'on sut partout que la vaccination de bras à bras est dangereuse *parce que on n'est jamais sûr de son vaccinifère.* Ce qui est arrivé déjà deux fois en 1865 et 1889 à l'Académie de médecine (et les enfants y sont l'objet d'une étude et d'un soin particulier dans le choix qu'on en fait) n'est pas un fait isolé. Et dans quelle quiétude n'était-on pas à ce moment (en 1865) alors que M. Depaul dans un rapport au ministre de l'Agriculture, s'appuyant sur l'expérience de l'Académie, disait que sur 2 ou 3000 vaccinés par elle dans une année, il n'y avait pas un cas de syphilis. Neuf mois après, le service de vacination officielle avait à son tour ses victimes.

J'ai aussi dans le tableau ci-joint, les relations des différentes épidémies de syphilis vaccinale, relevées jusqu'aujourd'hui. Elles n'y sont certainement pas toutes, même parmi celles qui sont publiées. Combien peut-être ont été prudemment laissées dans l'ombre par un médecin qui avait tout intérêt à ne pas attirer par trop l'attention du public sur un fait malheureux de sa pratique.

(1) Page 19 du Rapport. Tirage à part.

La plupart de ces faits figurent dans le travail de M. Ciaudo auquel j'ai déjà fait de nombreux emprunts, dans le traité de la vaccine publié à Bruxelles par M. Warlomont, et dans l'article : syphilis de M. Homolle.

Nombre	Anteurs	Années.	Villes on pays.
Inconnn.	Monteggia.	1814	Milan.
Inconnn.	Marcolini.	1314	Milan.
40	Cerioli.	1821	Crémone.
7	Ewertzen.	1830	Frediricksborg.
46 (1)	Tassani.	1841	Grumelle.
Inconnu.	Ligmund.	1842	Vienne.
19	Veterinaire B.	1844	Coblentz.
2	Pitton.	1845	Journal des Connais. méd. chir.
3	Ceccaldi.	1849	Gazeta medica lombarda.
1	Viani.	1850	
19	Medizinieche Zeitung	1850	
13(?)	Hubner.	1852	
1		1854	Medical Times.
34	Mavone.	1856	Lupava.
34	J. Whitchead.	1859	
2	Lecop.	1859	Cherbourg.
14	Gatigo.	1860	La Rufina.
45	Pacchioti.	1861	Rivalta.
1	Trousseau.	1861	Hôtel-Dien.
5	Adelasio.	1862	Bergame,
8	Académie de médecine.	1864	Paris.
140		1865	Auray.
35	Kocevar.	1869	Styrie.
12	Hutchinson.	1871	Londres.
50	Eulemberg.	1872	Berlin.
2	Société de la Suisse Romande	1878	
58	Ciando.	1882	Régim. de zouave à Alger.
5	Académie de médecine.	1889	Paris.

Soit près de 500 cas, mais ce nombre est bien inférieur à la réalité, car différents auteurs eu ont relevé plus de 900. Eh bien, quand on songe aux conséquences héréditaires de semblables infections, on reconnaîtra peut-être que le nombre des victimes de la syphilis vaccinale est plus riche qu'on ne suppose à première vue.

Il y a donc là un danger, un grand danger de la vaccine humaine, et tous les médecins devraient en être pénétrés.

Mais avant d'en finir sur cet exposé de faits malheureux, arrêtons-nous un instant sur le mode de contagion.

Dans son mémoire remarquable (2) des *Archives de médecine* de 1860, M. Viennois avait hardiment incriminé le sang. Le sang des syphilitiques est virulent, et c'est par son mélange avec le pus vaccinal que la contamination se fait.

Pour prouver cette assertion, il s'était trouvé des expérimentateurs assez hardis pour se faire infuser du sang pris sur un syphilitique. C'est l'expérience demeurée célèbre du Dr *Pellizari.* Trois sujets furent inoculés avec du sang pris dans la veine d'un sujet contaminé et sur les trois, le Dr Gustave Borgioni fut seul syphilisé, il est vrai, mais il le fût. C'est le seul fait probant. Par contre, des inoculations de sang syphilitique furent faites sans succès par *Thiery* (4 *cas*), par *Lalagade d'Albi* (3 cas) (3).

(1) Contagion secondaire aux mères et aux nourrices.
(2) Syphilis vaccinale. Arch. de méd., 1860.
(3) Cités par Josserand.

Aussi la théorie fut-elle battue en brèche, et faisait-on valoir encore contre elle d'autres arguments.

Parmi ces derniers, M. Chauveau rangeait le mode d'inoculation employé pour la vaccination. On sait, en effet, que pour la tuberculose en particulier, l'inoculation dermique reste stérile, alors que l'inoculation sous-cutanée l'enait toujours. La question se passait alors de la même façon pour la syphilis. L'inoculation de vaccin adultère de sang chez un syphilitique est-elle capable de provoquer l'éclosin d'accidents spécifiques chez le vacciné? en d'autres termes, le sang syphilitique *inoculé à la lancette* est-il infectieux? C'était déjà restreindre dans des limites plus étroites la virulence possible du sang, virulence admise depuis M. Viennois (1). Or, à ce point de vue, les expériences positives sont peu nombreuses et peu démonstratives. A part le cas de M. Borgioni où le sang fut puisé dans la veine, on a peu d'observations où le fait soit rigoureusement démontré. Dans celles qui sont rapportées et qui figurent dans le mémoire de M. Josserand, il y a toujours une lésion cutanée spécifique. Le sang a été puisé dans une large papule du front (Gibert) en pleine roséole (Waller, Lindwurm).

Par contre, les exemples ne manquent pas où la contamination se fit avec du vaccin pur de sang ou de pus.

Par conséquent tombait encore devant les faits et l'expérience la sécurité relative qu'aurait pu donner une lymphe vaccinale d'un bel aspect et bien pure. Comment alors se fait la contamination du vaccin?

Eh bien, elle semble résulter de ce fait bien connu aujourd'hui et qui concerne le réveil des diathèses sous une influence quelconque. *La pustule vaccinale est le point d'appel d'une lésion spécifique* qui évolue au lieu d'inoculation.

C'était l'idée de Gamberini de Florence, reprise et prouvée par Rinecker (2) et son élève *Breilinger*. L'expérience la plus démonstrative fut faite par *Rinecker*. Il vaccine une petite fille syphilitique, l'éruption vaccinale se fit bien, mais à la chute des croûtes, on trouva au-dessous une ulcération tout à fait caractéristique; et si l'on prend du vaccin sur de pareilles pustules, on ne donne la syphilis que si la lancette s'imprègne des sécrétions de l'ulcère sous-jacent. A quel moment cet ulcère se montre-t-il? Rinecker pense qu'il faut en placer l'apparition après le 7e ou le 8e jour. Donc, ce serait là le côté pratique, jamais du vaccin recueilli avant cette date ne donnerait lieu à des contaminations vaccinales. C'est aussi l'opinion de Bohn.

Quelque sécurité relative que pourrait donner ces données nouvelles, il n'en faut pas moins garder toutes ses réserves et ses appréhensions. Elles ont encore leur appui sur les expériences de M. Chauveau que nous avons rappelées plus haut en parlant de la morve; la syphilis se comportant comme la morve sous l'influence du vaccin.

Un dernier point avant d'en finir avec cette question de syphilis vaccinale que nous n'avons pu qu'effleurer ici, c'est le danger de contamination par la lancette. Lorsqu'on vaccine en série, on peut rencontrer des sujets en état de syphilis latente; or, dans ces cas, la lancette peut-elle être contaminée? On manque de faits à ce sujet, mais si l'on se rapporte à ce que pense M. Chauveau au sujet des inoculations dermiques, on conclura que, de ce côté, on a une certitude presque absolue. Il est peu probable que la syphilisation puisse se faire. Cependant, n'est-ce pas une raison pour ne pas prendre dans le soin de ses instruments, toutes les précautions que l'antiseptie réclame.

En résumé de cette étude que nous pouvons faire, nous pouvons tirer une conclusion :

1° *a*. Le vaccin humain est un vaccin dont la virulence est sûrement atténuée, et avec elle ses propriétés prophylactiques.

b. Il expose les vaccinés à l'inoculation accidentelle des maladies du vaccinifère, au premier rang desquels est la syphilis.

2° *a*. Le cowpox est un vaccin dont la virulence est plus grande et dont les propriétés prophylactiques sont égales, sinon supérieures à celles du vaccin humain.

b. En l'employant dans de bonnes conditions, on est complètement à l'abri des contaminations graves, telle que la morve et surtout la syphilis.

Entre les deux vaccins, le choix est donc tout fait.

H. Barbier.

(1) Mémoire cité.

(2) Vandleuch der Vaccination. Leipsiek, 1875.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des thèses.

Contribution à l'étude de la septicémie intestinopéritonéale, par le Dr G. Doucet. (Paris Jouve, 1888).

Les chirurgiens qui ont pratiqué de grandes opérations sur les viscères pelviens et abdominaux ont eu à déplorer parfois la mort rapide de leurs malades sans que l'autopsie révélât la moindre lésion de péritonite qui pût expliquer la mort. M. Verchère avait étudié ces cas sous le nom de septicémie péritonéo-intestinale.

En deux mots voici comment les choses se passent : un sujet atteint d'un traumatisme abdominal prend le faciès abdominal, le pouls devient rapide, 110, 120 pulsations. La température varie peu ou pas, mais l'état général est mauvais; les forces s'épuisent; au bout de deux ou trois jours l'*ictère* se montre suivi bientôt de vomissements sous forme de régurgitations indolentes de matières noires bilieuses puis bientôt d'aspect fécaloïde et d'odeur repoussante. Le ventre se ballonne sans douleur, la constipation est absolue ; au bout de dix ou quinze jours de cet état qui va en s'aggravant, la température monte subitement; et le malade succombe.

A l'autopsie le péritoine renferme un liquide brun roux et des gaz horriblement fétides, mais pas de trace de péritonite, du moins de péritonite avec exsudat; le feuillet viscéral est très vascularisé et c'est tout.

Les contusions de l'abdomen, *le taxis*, et surtout les plaies de l'abdomen peuvent donner naissance à cette complication, et au premier rang de celles-ci se rangent les grandes opérations abdominales; laparotomie, ovariotomie, kélotomie, hystérectomie.

Si l'on se rapporte aux symptômes on sera frappé de l'analogie qu'ils présentent avec ceux de l'obstruction intestinale; c'est qu'en effet, si l'on admet les idées de l'auteur, et je dois le dire, elles sont fort plausibles, il s'agit d'une paralysie réflexe traumatique avec stagnations des matières et autointoxication. Je ne voudrais pas, par contre, chinacer l'auteur sur sa pathogénie, mais il me semble qu'il a un peu négligé, pour expliquer l'absorbtion des purulents septiques de l'intestin, cet admirable réseau lymphatique et sanguin qui doit, lui aussi, jouer un rôle.

De la colite dysentériforme au cours de la rougeole, par le Dr Macry, (colite hémorrhagique). (A. Davy 1888).

L'auteur rappelle l'attention des cliniciens sur une localisa-

tion déjà signalée, il est vrai, mais plus fréquente qu'on ne le croit généralement, de la rougeole, et caractérisée par des symptômes dysentériformes quelquefois très accentués.

Elle apparaît de préférence pendant la période d'éruption; à ce moment le malade éprouve des douleurs survenant de préférence par crises très pénibles, laissant dans l'intervalle une sensibilité du ventre à la pression, localisée sur le trajet du gros intestin. Les selles sont fréquentes, pénibles, accompagnées d'épreintes, de tenesme, et formées de matières liquides, horriblement fétides, renfermant des fausses membranes et du sang plus ou moins altéré. D'une durée courte, comme déjà l'avait remarqué Trousseau, cette colite en elle-même ne semble pas aggraver le pronostic de la rougeole, cependant elle serait l'expression d'une malignité particulière de la maladie. Le relevé des épidémies soit en France, soit à l'étranger semblerait indiquer qu'elle ne se montre guère que dans celles qui revêtent un certain caractère de gravité.

Les lésions qu'on observe ont beaucoup d'analogie, par suite de similitude des tissus atteints (système lymphatique) avec celles de la laryngite morbilleuse : ulcérations du gros intestin, rougeur de la muqueuse, altération des ganglions mésentériques.

Est-ce une manifestation de la rougeole, ou bien s'agit-il d'une lésion surajoutée, secondaire au catarrhe rubéolique des muqueuses? Cette question de pathogénie doit soulever quelques réserves, ce semble et ce d'autant plus qu'à la page 24 de sa thèse, M. Macry note, comme très remarquable, la coïncidence de cette colite avec d'autres affections tout à fait étrangères à la rougeole, et sévissant épidémiquement sur le tube intestinal. C'est la seule réserve à soulever au sujet de cette manifestation, qui, quoi qu'en dise l'auteur, ne s'observe pas souvent, à Paris du moins.

INFECTION TUBERCULEUSE PAR LA VOIE GÉNITALE, par le Dr E. JACQUOT.

Je ne puis que signaler cette thèse à ceux que la question de la tuberculose génitale intéresse. La *Gazette médicale* l'a déjà signalée incidemment à l'occasion d'une revue sur les portes d'entrées de la tuberculose (*Voir Gaz. méd. de Paris*, n° 39 et n° 40 1888). L'auteur n'apporte d'ailleurs aucun fait nouveau. Il reprend les observations de MM. Verneuil, Verchère, Fernet, etc. et s'efforce de démontrer par l'absurde que les conclusions qu'on en a tirées sont fausses. Je crains même que les travaux expérimentaux de MM. Martin et Landouzy et autres n'aient complètement échappé aux recherches de l'auteur. Je relève même dans son travail des erreurs biologiques qui sont certainement regrettables, et qui, dans l'état de nos connaissances sur les conditions qui favorisent l'irruption bacillaire, et sur la résistance qu'oppose à cette invasion l'intégrité des épithéliums, ne sont plus ni contestables ni contestées. Je n'ai rien de plus à dire qu'à renvoyer le lecteur à ce que j'ai dit l'année dernière (*Gaz. de Paris*, page 465 et 470), on comprend que ce n'est point le lien de relever tous les points de l'argumentation un peu... théorique de l'auteur.

ETUDE CLINIQUE DU CHOLÉRA INFANTILE, par le Dr LESAGE. (G. Steinheil, Paris, 1889).

Dans ce travail très consciencieux, M. Lesage a en vue ces accidents gastrointestinaux brusques, des nouveau-nés consistant en vomissements et diarrhée spéciale de durée courte aboutissant à une déchéance organique rapide et souvent à la mort.

Le choléra infantile est surtout une affection d'été, on le voit apparaître de préférence après quelques jours de chaleur, et il revêt alors le caractère épidémique; comment agit la chaleur? par l'intermédiaire de l'alimentation, la chaleur altérant le lait (Ollivier). Cependant, les enfants nourris au sein en présentent également les exemples. Sur ce point, quelques réserves tout en faveur de la théorie, car on sait combien il est rare que les nourrissons les mieux surveillés ne prennent absolument que le sein.

Dans la majorité des cas donc, origine alimentaire : le lait s'altérant avant ou après son ingestion; mais à côté de ceux-ci il en est d'autres où l'origine parasitaire est probable, démontrable par la constatation, dans les selles, d'un microbe pathogène dont les produits de culture provoquent des accidents analogues à ceux du choléra, 2° par quelques cas de contagion.

La maladie dans sa marche offre deux périodes : la première caractérisée par des troubles digestifs brusques : *vomissements* pas toujours constants ni en rapport avec la diarrhée provoqués par l'alimentation, acides, alimentaires ou aqueux et teintés de bile : *diarrhée* dont les caractères sont d'être *intense, fréquente, et extrêmement fluide, d'abord très bilieuse, puis séreuse et incolore* ne présentant jamais les grains riziformes de l'adulte, *sans odeur*, avec des retours de diarrhée bilieuse, renfermant enfin, dans certains cas, le microbe pathogène.

D'antres symptômes digestifs accompagnent ces signes : La langue d'abord chargée se sèche, le ventre douloureux se ballonne d'abord puis, au contraire, devient flasque et sans élasticité : l'enfant a parfois quelques crises de coliques. D'abord agité, il tombe bientôt dans une demi torpeur qui est le commencement de la période algide, et aboutit au collapsus final, avec élévation de la température centrale et refroidissement périphérique. Les crampes, si pénibles chez les adultes semblent manquer, enfin loin de maigrir, l'enfant semble se figer dans sa graisse par suite de l'apparition d'un sclérème dur analogue à celui de la débilité congénitale.

La durée de la maladie est courte, l'algidité apparaissant déjà au bout de cinq à six heures. La durée totale est en moyenne de deux à trois jours. Le pronostic est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune, et qu'il est élevé au biberon. L'algidité, le sclérème sont des signes de mauvais augure.

Un certain nombre de *complications* peuvent encore assombrir la maladie ce sont : *des hémorrhagies* cutanées ou muqueuses, le plus souvent intestinales, des *gangrènes* surtout de l'ombilic, des suppurations à marche envahissante.

Il faut séparer le choléra infantile de *l'entérite aigue* avec infection, état typhoïde, fièvre et troubles digestifs qui se caractérise ainsi suffisamment; et de la *tuberculose aigue*.

La suppression de l'alimentation est une des premières nécessités dès le début du traitement. Quant aux médicaments, on sait que M. Hayem a préconisé dans ces cas l'acide lactique à 2/100 par cuillerées à café. Dans la période algide c'est aux boissons alcooliques, aux moyens stimulants qu'on donnera la préférence.

Dr H. BARBIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTHÉMATOME, par M. HOFFMANN. (Thèse de Paris.)

Si l'othématome, collection sanguine siégeant sur le pavillon de l'oreille et de préférence à la surface externe de l'organe dans la cavité de l'hélix, se rencontre plus particulièrement chez les aliénés, il s'observe aussi chez des individus sains, comme en témoignent les faits cités par Merland, Jarjavay, Castelain, Toynbee, Hun, Dupley, Ladreit de Lacharrière et tant d'autres. Apparaissant dans la majorité des cir-

constances vers l'âge de 40 ans, c'est-à-dire à l'époque où se manifeste la paralysie générale, il peut être attribué aux poussées congestives susceptibles d'être produites aux oreilles sous l'influence du trouble du système nerveux. En tous cas, sa cause n'est pas unique et a paru parfois se réclamer de l'athérome ou du traumatisme. Il siège entre le périchondre et le cartilage, exceptionnellement entre les lames du fibro-cartilage ou entre celles du périchondre. Les badigeonnages répétés de collodion élastique et le massage donnent d'assez bons résultats sans avoir à recourir à l'ouverture de la poche que l'on est allé même quelquefois jusqu'à proscrire complétement.

De la hernie inguinale de l'ovaire, par A. Thomas. (Thèse de Paris.)

La hernie inguinale de l'ovaire paraît devoir être à peu près toujours congénitale si on la caractérise avec l'auteur par la présence de l'organe dans la région de la grande lèvre; qu'il ait subi quelque migration analogue à celle du testicule ou que sa descente y ait été favorisée postérieurement à la naissance par la persistance de quelque disposition anatomique telle que la perméabilité du canal de Nück propre à la période intra-utérine. Assez communément observée avec une absence partielle ou totale du vagin, avec des organes externes atrophiés ou anormalement développés la différenciation des sexes a pu présenter de réelles difficultés. C'est que l'ovaire comme tout organe en sclopie a une grande tendance aux dégénérescences, aux formations kystiques et sarcomateuses. Dans ces cas et après avoir fait un méticuleux diagnostic différentiel avec l'entérocèle, l'épiplocèle, le lipome de la grande lèvre, le kyste du canal de Nück ou du ligament rond, l'ablation pourra s'imposer. On n'aurait recours à l'application d'un bandage que si la hernie était réductible.

Essai sur l'anatomie du cœcum et sur le mécanisme de ses hernies, par A. Leménicier. (Thèse de Paris.)

Il ressort des recherches faites par l'auteur en collaboration avec M. Tuffier que le cœcum doit être délimité par un plan transversal passant par le niveau du bord supérieur de la valvule iléo-cœcale et non par la crête iliaque comme les anatomistes l'ont voulu jusqu'à ce jour. La raison en est dans les diverses situations que peut occuper l'organe, situations qui à cause de la fixité de l'os des îles tendent à augmenter et à restreindre ses dimensions. Recouvert du péritoine non pas seulement à la face antérieure, ainsi qu'on le croyait, mais partout au point que « la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde », il est maintenu par deux ligaments, l'un horizontal, étendu, l'autre vertical beaucoup moins résistant. Nourri par des branches artérielles de l'iléo-colique venues de la mésentérique supérieure, les lymphatiques aboutissent à des ganglions constamment situés les uns à sa face antérieure, les autres à sa face postérieure. Ces derniers au nombre de trois à six sont situés entre la séreuse et les tuniques musculaires du cœcum sans aucun rapport immédiat avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Les données qui précèdent éclairent d'un nouveau jour le mécanisme des hernies cœcales. C'est ainsi que congénitales elles seraient attribuées à un arrêt de développement du péritoine ou à une malformation des ligaments, tandis qu'acquises elles résulteraient de la désinsertion ou de l'allongement de ces derniers, de la bascule du côlon ascendant derrière l'enveloppe séreuse.

Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire, par M. Martin. (Thèse de Paris.)

L'ovariotomie et l'hystérectomie sont parfois suivies d'agitation, d'insomnie, de rapidité et de mobilité du pouls, d'accélération respiratoire, de vomissements et de nausées, de sécrétion lactée, de crachotement, accidents d'ordre réflexe n'ayant rien de commun avec le shock, le tétanos ou la péritonite septique et qui paraissent devoir être uniquement rapportés à une irritation lente et continue des nerfs se rendant aux organes enlevés. La constriction incomplète du pédicule ou le relâchement consécutif des liens constricteurs semble être la cause première de tout le mal. L'auteur a soin d'appuyer son dire sur de nombreuses et intéressantes observations.

Des indications opératoires dans les luxations anciennes du coude, par L. Nodot. (Thèse de Paris.)

Les luxations anciennes du coude présentent des lésions anatomiques variées dont la connaissance explique le plus souvent l'irréductibilité et guide en tous cas l'intervention. S'il en est qu'il faut savoir respecter, surtout chez les jeunes enfants où l'assouplissement progressif mobilise et rend presque aussi utile l'article luxé que réduit, il en est d'autres où l'on ne doit plus compter sur l'adaption des extrémités osseuses, sur la formation d'une néarthrose perfectionnée, et où l'acte chirurgical se commande. Au bout de quelques mois on a peu à compter sur la réduction par les méthodes de force, réduction qui serait impuissante du reste contre des désordres articulaires multiples. La section de l'olécrâne survenant parfois à la suite de la flexion forcée pourra être tentée de propos délibéré si l'on veut transformer en angulaire une ankylose rectiligne. L'ostéotomie linéaire ne sera aussi qu'une opération palliative destinée à ankyloser le membre à angle droit. L'ostéotomie trochléiforme c'est-à-dire l'ostéotomie reproduisant la surface articulaire normale a donné un plein succès à Defontaine et mérite d'être encouragée. Quant à la ténotomie on la repoussera comme trop incertaine et trop hasardeuse pour recourir à l'arthrotomie ou à la résection, véritables opérations de choix, si l'on veut rendre au malade un membre vraiment utile. La résection, le plus possible humérale, ne sera pratiquée que dans le cas où après la taille de l'article, il serait impossible de réintégrer les os luxés.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce travail consciencieusement écrit et étayé par de nombreux faits cliniques.

Ch. Amat.

BULLETIN

Intoxication absinthique. — Prophylaxie alimentaire de la tuberculose.

A voir le nombre des travaux que l'étude de l'alcoolisme a inspiré, on pourrait croire que cette étude est achevée et que tout a été dit sur les graves questions inhérentes à un aussi vaste sujet. M. Cadéac en a jugé autrement et, prenant l'absinthisme pour but de ses recherches, a voulu déterminer d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait avant lui, la part d'action de chacune des substances qui concourent à produire l'ensemble des effets toxiques désignés sous ce nom. Il est arrivé ainsi à des conclusions d'une netteté remarquable. Jusqu'à présent, les effets nuisibles de la liqueur d'absinthe avaient été attribués, tantôt à l'alcool qui en forme la base,

tantôt à l'essence même tirée de la plante et qui lui communique son arome particulier. C'est cette dernière opinion, il est vrai, qui avait recruté le plus grand nombre d'adhérents. Pénétrant plus avant dans l'étude de la question, M. Cadéac a montré que la part prépondérante dans la production des phénomènes toxiques ne saurait être attribuée exclusivement à une seule des substances qui entrent dans la composition de l'absinthe; que l'alcool et l'essence d'absinthe proprement dite ne peuvent revendiquer qu'un rôle secondaire, peut être accessoire, et que la part principale doit être imputée à d'autres essences aromatiques (essence de fenouil, de badiane, d'anis) qui en font partie intégrante. L'essence d'anis surtout paraît devoir être incriminée : administrée isolément, elle reproduit les accidents graves de l'absinthisme lesquels font défaut ou bien n'apparaissent que faiblement si l'on réalise la contre-expérience qui consiste à faire ingérer séparément l'alcool ou l'absence d'absinthe. C'est au point que M. Cadéac proposerait volontiers de substituer le mot *anisisme* à l'expression classique *absinthisme*. Il paraît dès maintenant possible de tirer une conclusion pratique de ces recherches nouvelles, en exigeant à l'avenir la prohibition de l'emploi des essences sus-nommées dans la fabrication de la liqueur d'absinthe. Réduite à l'alcool et au principe aromatique qui la caractérise, celle-ci offrirait par là même des dangers moindres pour le consommateur. Évidemment, ces faits sont pleins d'intérêt et il convient de tenir lieu à l'auteur de nous avoir fait entrevoir, grâce à ses ingénieuses recherches, un moyen rationnel de restreindre ou d'atténuer les ravages produits par une boisson qui est devenue d'un usage presque universel. Nous craignons pourtant que nos vœux sur ce point ne restent stériles et que l'absinthisme continue à être demain ce qu'il était hier et ce qu'il est aujourd'hui : un des ennemis les plus redoutables de la société moderne.

—Parmi les questions d'un intérêt permanent, quotidien, et pour ainsi dire poignant que l'étude de l'hygiène offre à nos méditations, celle qui se rapporte à la propagation de la tuberculose et aux moyens d'arrêter la diffusion de cette redoutable maladie, doit toujours occuper la première place dans nos préoccupations. Le Congrès de médecine vétérinaire qui vient de tenir ses brillantes assises à Paris, s'est inspiré de cette vérité et a mis à l'ordre du jour de ses discussions, la question des dangers inhérents à l'usage des viandes provenant des animaux tuberculeux. Sur un pareil sujet l'accord n'était pas facile, car le débat s'appuyait sur des faits et sur des expériences souvent contradictoires que chacun des orateurs pouvait opposer à ses adversaires, suivant les besoins de la cause pour combattre l'établissement des conclusions définitives. Par exemple, si l'on admet avec M. Nocard que le tissu musculaire (la *viande* proprement dite) constitue un milieu tout à fait impropre à la vitalité et à la multiplication du bacille, il devient évident par là même que l'usage de la viande doit être inoffensif, ou peu s'en faut. Partant de cette donnée, on arrivera encore, avec M. Nocard, à conclure que l'emploi de certains procédés de conservation, comme la salaison, doivent suffire à écarter définitivement tout danger de contagiosité : à plus forte raison s'il s'agit de la cuisson qui a pour résultat infaillible la mort de tous les éléments parasitaires surajoutés au tissu des muscles. Mais on reconnaîtra presque aussitôt que la sécurité fondée sur de tels moyens est purement illusoire, si l'on veut bien se rappeler que le bacille résiste longtemps à la salaison et si l'on réfléchit d'autre part que la cuisson, voire même l'ébulition, sont trop souvent pratiquées d'une manière incomplète et telle que la partie centrale du morceau échappera presque entièrement à leur action. On retrouvera ici les mêmes objections que celles dont il fut fait usage naguère dans une discussion soulevée par l'apparition d'une épidémie de trichinose: les moyens que nous venons de signaler ayant été reconnus insuffisants, le gouvernement crut devoir passer outre et rendit un décret frappant d'interdiction l'importation en France des viandes d'origine suspecte.

En définitive, il nous semble que dans ce débat la vérité est du côté de ceux qui soutiennent, avec M. Arloing, la nécessité d'écarter résolument et sévèrement de l'alimentation publique la chair de tous les animaux reconnus tuberculeux. On pourra opposer, il est vrai, à une mesure aussi radicale bien des objections dont la plus grave est fondée sur le préjudice matériel porté aux propriétaires d'animaux, objection qui pourra d'ailleurs être résolue à l'avance par l'adoption du principe de l'indemnité. La réalisation de cette mesure entraînera peut-être aussi de grandes difficultés : il n'importe! Les hygiénistes ont le droit d'affirmer hautement leur opinion, quand il s'agit d'une question de prophylaxie dont la solution intéresse à un si haut degré le corps social. Il faut donc remercier le Congrès d'avoir posé des conclusions fermes et d'avoir indiqué résolument la voie dans laquelle il faut entrer pour sauvegarder notre espèce, si éprouvée par la phthisie. En présence des intérêts mis en jeu, tous les arguments qu'on ne manquera pas de lui opposer n'apparaissent déjà plus que comme des considérations d'un ordre tout à fait accessoire.

P. Muselier.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 4 septembre 1889, ont été promus : *au grade de médecin principal de 1re classe*, M. Réech (François-Antoine), médecin principal de 2e classe; *au grade de médecin principal de 2e classe*, M. Demmler (Anastase-Gustave-Adolphe), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Desmons (Denis-Constant-Émile-Gustave), de Perré (Eugène), médecins majors de 2e classe.

Au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Pelix (Laurent-Frédéric-Antoine); Jette (Symphor-Jean-Baptiste-Auguste), médecins aide-major de 1re classe.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de juillet (année scolaire 1888-89).

Gauja. Etude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin.

Cleminade. Recherches cliniques et expérimentales sur les injections hypodermiques de calomel contre les accidents syphilitiques.

Dumur. Recherches expérimentales sur la mécanique des articulations radio-cubitales. Mouvement de pronation et de supination.

Bouras. Du pseudo-tabes neurasthénique.

Vincent. Recherches morphologiques sur les muscles mimiques.

Deney. Traitement de la métrorrhagie par les injections intra-utérines de teinture d'iode.

Seguin. Considérations générales sur les épidémies d'ictère catarrhal à propos d'une série de cas observés dans les troupes casernées à Lorient en 1889.

Corolleur. Contribution à l'étude des fièvres continues dans les pays chauds (Nouvelle-Calédonie).

Bayssellance. Contribution à l'étude de la trachéotomie chez l'enfant.

Laguens. Contribution à l'étude de l'anurie calculeuse. Diagnostic et traitement.

Savary. De l'iodoforme et de son emploi en oculistique.

Estrade. Contribution à l'étude de la fièvre palustre à détermination pneumonique.

Caylus. Du cathétérisme rétrograde chez l'homme.

Richer de Forges. Des hémorrhagies traumatiques de la main.

Four. Etude sur l'auscultation stéthoscopique de la percussion.

Lacausse. Les dégénérés psychiques, étudiées spécialement au point de vue du service militaire.

Berry. Contribution à l'étude de l'arthroxisis ou abrasiou intra-articulaire dans le traitement des arthrites fongueuses.

Gassiole. Contribution à l'étude des indications de la sonde à demeure.

Noblot. Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation.

Ansset. Contribution à l'étude de l'histogénèse du carcinome testiculaire.

Quennec. Contribution à l'étude du scorbut.

De Moutard. A l'occasion d'une épidémie d'ictère observée parmi les troupes de Brest.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie, par le docteur G. Thermes. Un volume in-18 broché de 500 pages. Prix 6 fr. Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

De la diminution de l'urée dans le cancer. Valeur séméiologique. Applications spéciales au cancer de l'estomac et aux tumeurs abdominales, par le Dr G. Rauzier. Une brochure in-8 de 112 pages. Prix 3 fr. 50. Camille Coulet, libraire-éditeur, 5, Grande-Rue, à Montpellier et G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 12.—Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 42. — Antres, 5. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrbagies cérébrales, 35. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9.— Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë, 12. — Bronchite chronique, 21. — Broncho-pneumonie, 7. — Pneumonie, 37. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 15 —Biberon, 84. —Diarrbée au-dessus de 5 ans, 6. — Fièvre et péritonite puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 6. — Débilité congénitale, 16. — Sénilité, 22. — Suicides, 27.— Autres morts violentes, 4.—Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 11.— Total : 890.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3



0e Année. 7e Série. Tome VI — N° 38 — 21 SEPTEMBRE 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CHIRURGIE

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LES TUBERCULOSES LOCALES.

Par le Dr LE CLERC (de Saint-Lô).

Les deux mémoires qui suivent devaient être lus au Congrès de chirurgie. Ne pouvant assister aux réunions, nous nous voyons forcés de publier ces quelques faits chirurgicaux avant l'heure voulue.

I. — RÉSULTATS IMMÉDIATS.

Les observations suivantes prouvent :

1° Que l'opération, antiseptique s'entend, donne des réunions par première intention rapide (Obs. I, II, IV, V).

2° Que l'intervention chirurgicale peut faire disparaître des phénomènes morbides indiquant un commencement de septicémie tuberculeuse (Obs. II).

3° Qu'une opération de seconde date, peut avoir sur une plaie opératoire de première date et non cicatrisée une répercussion défavorable analogue à certaines répercussions observées sur le poumon à la suite d'une opération pour fistule à l'anus, par exemple (Obs. I).

II. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Le traitement chirurgical des tuberculoses locales donne lieu à des guérisons radicales qui peuvent se maintenir un certain temps :

Obs. IV. — Abcès tuberculeux du sinciput opéré en 1884. Le malade se portait bien en juin 1889.

Obs. V. — Abcès tuberculeux de l'avant-bras gauche, opéré en mars 1888. La malade revue en juin dernier jouissait d'une excellente santé.

Obs. III. — Abcès tuberculeux de la langue, opéré en mai 1887. Le malade va bien à l'heure actuelle.

OBS. I. — *Synovite tuberculeuse des péroniers. Abcès tuberculeux de l'avant-bras. Tuberculose trachéo-bronchique et pulmonaire. Mort.* — Albert J..., 15 ans, ouvrier ferblantier.

La mère du malade est morte d'une fièvre typhoïde. Il n'y a pas de tuberculeux dans la famille.

Il existe une gomme tuberculeuse sous-cutanée avec envahissement de la partie inférieure de la gaine des péroniers ; les lésions ne dépassent pas le cuboïde.

La maladie a débuté au commencement de septembre 1885, sous forme d'une tuméfaction violacée qui s'ulcéra vers le 15 novembre.

Ouverture au thermo-cautère, raclage. Pansement antiseptique ouvert (l'irrégularité du foyer opératoire résultant de diverticules nombreux, n'ayant pas permis la réunion).

La plaie se détergea rapidement et vers la fin de décembre pré-

FEUILLETON

SUR LES ÉCRITS ENCORE INÉDITS DES ANCIENS MÉDECINS GRECS ET SUR CEUX DONT LE TEXTE ORIGINAL EST PERDU, MAIS QUI EXISTENT EN LATIN OU EN ARABE.

(*Extrait d'un travail sur ce sujet encore inédit*).

(*Suite*) (1)

XI. Μιχαὴλ Ψελλός. *Michel Psellus*, un des Grecs les plus savants et les plus féconds du XIe siècle, a écrit plusieurs ouvrages. Entre autres il reste encore inédit :

1) De la conception, sous le titre : Περὶ τοῦ πῶς αἱ συλλήψεις γίνονται, dans le Ms. grec de Paris, 2299, fol. 101.

2) Un traité sur les aliments par ordre alphabétique : Περὶ δυνάμεως τροφῶν καὶ τῆς ἐξ αὐτῶν ὠφελείας καὶ βλάβης, dans le Ms. grec de Paris 2154, fol. 252 à 279 v° et dans un Ms. de la bibliothèque du Vatican.

3) Commentaires à l'auscultation physique d'Aristote en quatre livres, Ἐξήγησις εἰς τὴν φυσικὴν ἀκρόασιν τοῦ Ἀριστοτέλους. Il existe dans le Ms. grec de Paris, 1920.

XII. Θεόδωρος Δούκας Λάσκαρις (1222 à 1259). Théodore Ducas Lascaris II, le jeune, empereur de Nicée, a écrit un ouvrage très important, plutôt philosophique que médical, en six livres, *De communicatione physica*, qui porte le titre : Φυσικὴ κοινωνία Θεοδώρου Δούκα τοῦ Λασκάρεως τοῦ υἱοῦ τοῦ ὑψηλοτάτου βασιλέως κυροῦ Ἰωάννου τοῦ Δούκα. Il est publié seulement en latin. Le texte grec existe à Paris, dans le suppl. grec 460, ms. d'une très belle main et avec beaucoup de figures dorées intercalées dans le texte, et dans le ms. grec 2004, d'une très belle main aussi et très correct.

XIII. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΥΡΕΨΟΣ (vers 1250 après J.-C.). NICOLAUS MYREPSUS a écrit le *Dynaméron* le plus complet, qui a dominé en France pendant plus de trois siècles, jusqu'en 1637, et même dans presque toute l'Europe, comme Pharmacopée officielle. Il existe trois manuscrits à Paris, 2243, 2238 et 2237, dont le premier et le meilleur ; un autre à Oxford, Cod. Baroccinus, 171 ; un à l'Escurial, Ms. Σ.-II.-3 ; et peut-être encore le Ms. méd. grec, XI de Vienne.

(1) Voir les numéros précédents.

sentait des bourgeous, assez gros, mais d'une belle coloration rosée. An commencement d'avril, il ne reste plus qu'une surface de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, limitée par un liseré épidermique de bonne aloi.

A ce moment, je découvre un abcès froid sur le bord cubital de l'avant-bras gauche, à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen. Après échec de deux injections d'éther iodoformé, je fis l'ouverture large avec raclage et réunion le 30 avril.

Le 5 mai, le malade qui n'a souffert à aucun moment de son opération antibrachiale, me dit souffrir de son pied, depuis trois jours, alors que la plaie n'avait jamais été douloureuse et conservait toujours le plus bel aspect le 30 avril. Je fis le premier pansement au niveau de l'avant-bras : la réunion était parfaite.

En enlevant le pansement du pied, nous vîmes s'écouler deux cuillerées à soupe de liquide chocolat. Toute la face dorsale du pied est d'un rouge blafard. Au niveau de la plaie, il y a un effondrement général, même des régions déjà cicatrisées : les bords irréguliers sont formés par des lambeaux d'épiderme baignant dans le liquide brunâtre dont j'ai parlé plus haut et recouvrant des bourgeons violacés saignant facilement. Actuellement cette plaie a 8 centimètres de longueur sur 7 de largeur.

Je ne reviens pas sur l'avant-bras qui resta toujours parfaitement guéri. Quant à la plaie du pied, sous l'influence de bains antiseptiques, elle diminua de volume et le 19 juillet, 1887, elle était revenue à la dimension d'une pièce de un franc.

Il semblait que tout allait s'arranger lorsque le microbe tuberculeux se porta sur les ganglions trachéo-bronchiques et dans les poumons pour y déterminer une série de lésions qui emportaient le malade an commencement de l'année 1888.

OBS. II. — *Tumeur blanche du cou-de-pied. Tuberculose muqueuse de la peau. Albuminurie. Amputation. Guérison.* — Louis W..., 7 ans.

C'est le dernier d'une famille de cinq enfants, dont les quatre premiers ont toujours été bien portants.

Cet enfant eut la rougeole en janvier 1888. A la suite de cette affection apparaissent des plaques constituant un beau type de la tuberculose décrite à la peau par Riehl et Paltauf. Ces placards qui allaient en progressant de nombre et d'étendue rétrocédèrent et même disparurent en beaucoup de points, lorsque se développa la nouvelle localisation tuberculeuse.

Dans le courant de juillet, l'enfant fit une chute dans un escalier. Quinze jours après se montra un gonflement du cou-de-pied.

Lorsque je vis le malade dans le courant de novembre, je trouvai une tuberculose occupant non seulement les gaines, mais encore l'articulation et vraisemblablement le massif osseux du cou-de-pied. Il y avait une atrophie énorme de la jambe et de la cuisse. L'enfant maigrissait et perdait l'appétit. De plus, les urines contenaient 5 grammes d'albumine par litre.

Nous essayâmes la cautérisation linéaire avec ignipuncture profonde et compression ouatée. Au bout de deux mois il fallut faire l'amputation au lieu d'élection par la méthode circulaire.

Le 19e jour la cicatrisation était complète, l'appétit revenu et l'albuminurie disparue.

OBS. III. — *Abcès tuberculeux de la langue.* — S..., 56 ans, typographe, Saint-Lô, célibataire. N'a jamais eu d'affections vénériennes.

Les parents du malade sont morts dans un âge avancé; un frère a succombé à une tuberculose pulmonaire.

Le malade présente une tuméfaction de la langue qui, au début, c'est-à-dire il y a deux mois et demi avait la grosseur d'un pois. Elle a grossi en quatre semaines jusqu'à présenter le volume qu'elle offre maintenant.

Sur la moitié gauche de la langue, à 1 centimètre et demi de la pointe, à 8 millimètres du raphé existe une tuméfaction de la grosseur d'une aveline. Il n'y a pas de changement de coloration de la face supérieure comme de la face inférieure de l'organe. La palpation n'est pas douloureuse. Il n'y a pas de fluctuation, mais plutôt une certaine rénitence.

Au niveau du bord libre existe une ulcération d'une grandeur de 5 millimètres, à bords irréguliers, à fond grisâtre, ne laissant rien écouler par la pression de la tuméfaction. Cette ulcération correspond aux deux prémolaires gauches qui sont les seules dents avec la première molaire gauche à garnir la bouche du malade.

Il n'y a pas d'adénopathie. Rien à l'auscultation pulmonaire.

Le malade grand fumeur de cigarettes, tient toujours une cigarette dans la commissure gauche.

L'opération est pratiquée le 12 mai 1887.

Un fil de soie est passé dans le côté droit de la langue de façon à faire saillir l'organe hors de la bouche.

En plaçant la pince de Museux au centre de la tuméfaction, il s'écoule un pus assez bien lié, mais non franchement phlegmoneux. Je fends la tuméfaction et je tombe dans une cavité longue de 12 millimètres à peu près, large de 7 à 8 millimètres. Ignorant exactement la qualité de cette poche, j'excise au thermocautère toute la région au niveau de laquelle elle est implantée.

31 mai. La plaie opératoire se comble. Il s'est formé à la face inférieure de la langue, à gauche, en avant du point de la tuméfaction principale, une nouvelle tuméfaction du volume d'un petit

---

XIV. 'ΙΩΆΝΝΗΣ 'ΑΚΤΟΥΆΡΙΟΣ (vers 1300 après J. C.). JEAN ACTUARIUS, philosophe et médecin, ne fut pas un simple compilateur, mais un auteur original, le dernier de la brillante pléiade grecque. Les livres 3 à 6 de sa *Méthode thérapeutique* sont inédits. Il existe, dans diverses bibliothèques, 46 manuscrits; il y en a 14 à Paris, 4 complets, 2304, 2305, 2307 et 2256, plus 9 incomplets dont 4 contiennent les livres inédits, sous les nos 2153, 2233, 2235 et Ms. Coislin, 334. Les plus importants sont les manuscrits 2307 et 2256.

XV. 'Ιωάννης 'Αργυρόπουλος. *Jean Argyropulus*, savant helléniste et philosophe du XVe siècle après J.-C., fut un des érudits grecs qui ont contribué à la propagation des études grecques et philosophiques en Italie et dans toute l'Europe, et à ouvrir la voie au retour de l'érudition. Entre autres écrits grecs, nous en avons de lui un qui intéresse en même temps la philosophie et la médecine, traitant de la solution des questions proposées par un des philosophes et médecins de Cypre. Cet important traité se trouve dans le Ms. grec de Paris, n° 985, fol. 12 à 15, sous le titre : Τοῦ σοφωτάτου καὶ λογιωτάτου κυροῦ 'Ιωάννου τοῦ 'Αργυροπούλου λύσεις ἀποριῶν καὶ ζητημάτων τινῶν, ἅπερ ἐζήτησέ τις τῶν ἐν τῇ Κύπρῳ φιλοσόφων καὶ ἰατρῶν.

XVI. ΝΙΚΟΛΆΟΥ ΚΕΡΑΜΈΩΣ ἸΑΤΡΟΦΙΛΟΣΌΦΟΥ τοῦ ἐκ τῆς παλαιᾶς Ἠπείρου ἔκδοσις σύντομος τοῦ Θεωρητικοῦ μέρους τῆς ἰατρικῆς. NICOLAUS CERAMEUS, IATROPHILOSOPHE, qui vivait dans le XVIe siècle après J. C., a écrit un *Abrégé de la partie théorique de la médecine.* Cet écrit important se trouve à Vienne dans le manuscrit grec suppl. Kollar., n° 82 (olim 53), IV.-D.-25, fol. 1; une copie exacte est dans les documents manuscrits de Daremberg.

XVII. ΝΙΚΑΊΟΥ περὶ νεφρικῶν. NICAEUS est un auteur d'un âge inconnu; dans la *bibliothèque de Constantinople* sont cités deux exemplaires d'un traité de la médecine de Paul Nicaens, sous le titre : 'Ιατροσόφιον Παύλου Νικαίου μαθητοῦ τοῦ Ἱπποκράτους. Est-ce le même? Mais en tout cas notre auteur a écrit un traité très intéressant : *Des maladies des reins.* Il existe à Vienne, dans le Ms. med. grec, 41, fol. 41 v°; et aussi une copie dans les documents manuscrits laissés par Daremberg et appartenant aujourd'hui à l'Académie de médecine de Paris.

XVIII. 'ΙΠΠΙΑΤΡΙΚΆ, HIPPIATRIQUES. Une grande partie de cette collection est inédite. Il existe à Paris tout ce qui est nécessaire pour une édition complète : Mss. 2322, 2244, 2245, 1995, 2091, qui con-

haricot, douloureuse, fluctuante, avec quatre petits points jaunâtres à la surface.

Après cocaïnisation, je fends l'abcès au thermocautère et j'en cautérise profondément les parois.

15 juin. La cicatrisation est complète. A l'heure actuelle (juillet 1889), le malade est très bien portant.

Etant donné l'âge du malade, nous pensâmes à un épithélioma, et à un épithélioma enflammé. Mais l'examen histologique pratiqué par le Dr Suchard démontra que nous avions en affaire à un tuberculome lingual. D'ailleurs, à défaut du résultat micrographique, nous aurions été éclairés sur la nature exacte de l'affection par le second abcès présentant manifestement ces points jaunâtres auxquels le professeur Trélat accorde, avec une juste raison, une certaine importance diagnostique.

J'avoue que j'aurais dû penser *à priori*, à de la tuberculose linguale, d'autant mieux que deux ans auparavant, j'avais en l'occasion de voir chez un tuberculeux des accidents linguaux à peu près analogues.

Il s'agissait d'un capitaine de cavalerie, âgé de 48 ans, en puissance de tuberculose pulmonaire.

10 mars 1885, le malade se plaignit de dysphagie et de douleurs linguales. Je trouvai un petit point jaune de la grosseur d'une tête d'épingle, à droite du sillon médian, à 2 centimètres et demi de la pointe. Il existait en même temps un peu d'adénopathie sous-maxillaire.

Le 12. Le point jaune est tombé laissant à sa place une ulcération anfractueuse pouvant loger un grain de chenevis.

Le 16. L'ulcération augmente évidant la langue, profondément et susceptible d'admettre un gros pois.

Vu l'insuccès de l'acide chromique, je fais une cautérisation au thermocautère le 26 et le 30 mars.

4 avril. L'ulcération est à peu près comblée.

Dès le 2 avril, il se forme sur le côté gauche de la langue à 1 centimètre de la pointe, une tuméfaction faisant saillie à la face supérieure et à la face inférieure. Je diagnostique un abcès tuberculeux.

Le 9. Je fais une ouverture au thermocautère au niveau de la saillie supérieure. A ma grande stupéfaction, je n'évacuai qu'un foyer; l'aponévrose linguale formant barrière contre le foyer inférieur que je me vis forcé d'évacuer et de cautériser par la face inférieure de l'organe.

Le 21. La guérison était complète.

Ainsi donc il existe des abcès tuberculeux de la langue constituant un accident purement local, susceptible de guérir parfaitement par des cautérisations ignées.

Je ne connais, grâce à des recherches forcément incomplètes, que deux observations analogues à la mienne comme type de tuberculome lingual primitif : l'une de Gade chez un homme de 44 ans, porteur d'un tuberculome de la moitié gauche de la langue.

L'autre de Poncet de Lyon chez un jeune homme de 26 ans.

Cette observation démontre une fois de plus la justesse des remarques de Schliferowitsch.

« La forme tubéreuse, dit-il, est presque exclusive à la tuberculose primitive; si la petite tumeur ne s'ulcère pas, le diagnostic avec la syphilis et surtout avec le cancer est très difficile. L'erreur souvent commise est d'ailleurs sans préjudice pour le malade, l'ablation convenant au tubercule comme au cancer. »

Quant aux abcès tuberculeux observés chez mon second malade, ils étaient d'un diagnostic facile grâce à la tuberculose pulmonaire préexistante. Une observation semblable a été signalée depuis par M. Barth à la Société médicale des hôpitaux 1887.

Obs. IV. — *Abcès tuberculeux du sinciput.* — Louis B..., d'Isigny (Calvados).

Cet enfant porte sur le sommet de la tête un abcès froid présentant un diamètre de 12 centimètres transversalement et d'avant en arrière avec une fistule médiane laissant écouler du pus séreux. Alopécie complète au niveau de l'abcès.

28 mai 1884. Ouverture en croix, raclage, réunion par seize points de suture au fil d'argent. Pansement de Lister.

Le 30. Ablation des fils. Compression avec des rondelles d'amadou phéniqué.

Réunion par première intention au 14e jour.

Un mois après l'opération les cheveux avaient repoussé et marquaient la cicatrice.

J'ai retrouvé l'enfant cette année à la gare de Saint-Lô : la santé de mon jeune opéré est excellente.

Obs. V. — *Abcès tuberculeux de l'avant-bras gauche.* — B. T..., 16 ans.

Chute sur le coude gauche en mars 1887. Tuméfaction de la partie supéro-externe de l'avant-bras au mois de janvier 1888.

Deux injections d'éther iodoformé ayant échoné, je pratique l'incision et le raclage en mars. Réunion par première intention.

J'ai revu la jeune fille il y a un mois : la santé est excellente.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES EXTERNES

Anévrysme poplité traumatique. Échec de la méthode de Reid.

---

tiennent des collections hippiatiques. Des copies faites par Bussemaker, sur d'autres manuscrits, se trouvent dans les nos 573, 580, 588, 581 du Supplément grec; et une copie des chapitres inédits avec des collations existe dans les documents de Daremberg. Il y a six manuscrits dans diverses autres bibliothèques dont les copies ou les variantes se trouvent à Paris.

XIX. Ἑρμῆς. Sous le nom de *Hermès* existent quelques traités, dans les Mss. grecs de Paris 2502, fol. 1 à 84, et 2419, fol. 69 v° qui pour la plupart sont inédits.

XX. Δημοκρίτου φυσικὰ καὶ μυστικά. Sous le nom de *Démocrite* existe un traité : *physica et mystica*, avec des *scolies du philosophe Synésius* à ce livre de Démocrite. Ces deux traités se trouvent dans le Supplément grec 1022 de Paris; dans le Ms. grec 107 (XVIII, 67, β, à) Leyde, et dans un Ms. de Vienne.

XXI. ΒΙΒΛΟΣ λεγομένη τὰ 'ΕΦΟΔΙΑ τοῦ ἀποδημοῦντος συντεθειμένη παρὰ Ἐπρου βὰγ Ζαφὰρ τοῦ ἔδη 'Ελζηδάρ, μεταβληθεῖσα εἰς τὴν 'Ελλάδα γλῶσσαν παρὰ Κωνσταντίνου πρωτασηκρῆτου τοῦ 'Ρηγίνου. LES ÉPHODES D'ABOU DJAFAR, traduites en grec par Constantin de Rhegium, sont un traité de médecine en sept livres, qui était en grande vogue dans le Bas-Empire. Il y en a 22 manuscrits dont 7 à Paris. Les plus importants sont : n° 300 du Vatican; nos 2239, 2311, 2224 et 2241 de Paris; nos 29 et 30 de Vienne; et Plutæus 75, Cod. 4 de Florence.

XXII. 'ΙΩΆΝΝΗΣ διοικητὴς Κωνσταντινουπόλεως υἱὸς Μιχαήλ. JEAN, GOUVERNEUR DE CONSTANTINOPLE, FILS DE MICHEL, est un auteur tout à fait inconnu; il a écrit un traité complet de la médecine théorique en 20 livres. Le style et les mots arabes qui sont à la marge prouvent qu'il provient de l'arabe. Il n'en existe que les livres 6 à 10 dans le Ms. 638 du Supplément grec à Paris. Le VIe livre commence au milieu du XIIe chapitre, qui traite des yeux, et le Xe livre, composé de 12 chapitres, s'arrête vers la fin du chapitre X. L'ouvrage tout entier se trouve dans la bibliothèque du Lavra de Saint-Athanasius au mont Athos.

Dr COSTOMIRIS,
Professeur agrégé, à Athènes.

(*A suivre.*)

Amputation. Mort. — Mme D..., 77 ans, propriétaire, n'a jamais été malade.

En septembre 1887, étant montée sur une table pour atteindre un plat dans un garde-manger, tombe la jambe droite, prise dans une chaise, se relève et continue en boitant à vaquer aux soins de son ménage.

Je la vois le lendemain de l'accident ; je diagnostique une entorse interne du genou à cause d'une douleur manifestement localisée au niveau du ligament latéral interne et j'applique un appareil ouaté qui reste 25 jours en place. La malade recommence à marcher sans éprouver la moindre souffrance du côté du genou.

28 octobre. Gonflement du membre inférieur, fourmillements dans la jambe.

9 novembre. Il existe un œdème non douloureux du pied et de la jambe. A la partie inférieure de la cuisse existe une tuméfaction saillante en dedans et en arrière dans le creux poplité.

Cette tuméfaction est dure, non réductible ; elle a une hauteur de 15 centimètres sur la face interne de la cuisse et une largeur de 27 centimètres.

Cette saillie présente une légère expansion à la vue. En appliquant la main à son niveau, on sent des battements isochrones aux pulsations de la crurale, disparaissant par la compression du vaisseau. Pas de thrill. L'auscultation permet d'entendre un souffle sans renforcement avec maximum dans la région poplitée.

Dimension de la cuisse : Droite : 40 cent.
à 5 cent. au-dessus de
la rotule : Gauche : 31 cent.

31 décembre.

Dimension de la cuisse Droite : 44 cent. 50.
à 5 cent. au-dessus de
la rotule.
Longueur interne : 19 centimètres.

4 janvier 1888. *Méthode de Reid.*

La bande d'Esmarch est appliquée à 12 heures moins un quart sans recouvrir l'anévrysme.

1 h. 50. Cessation du souffle. Périmètre de la cuisse 480 millim.

2 h. 10. Quelques douleurs.

2 h. 30. Sensation d'écrasement dans la jambe.

2 h. 45. Périmètre de la cuisse : 487 millimètres.

3 h. On enlève la bande. Compression digitale.

3 h. 45. Pas de souffle. Périmètre de la cuisse 470 millim.

4 h. 45. Cessation de la compression, à cause de l'âge de la malade et de l'athéromasie de ses artères.

10 janvier. Le périmètre de la cuisse est revenu à 44 cent. 50.

11 janvier. 2e application de la bande.

3 h. Bande d'Esmarch. Périmètre : 470 millimètres après l'application.

3 h. 25. Engourdissement, fatigue.

3 h. 37. Menace de syncope. Pouls : 52.

3 h. 50. Écrasement de la jambe.

4 h. 5. Légère anesthésie chloroformique.

4 h. 30. Ablation de la bande : Souffle sans battement.

Sur la face interne de l'anévrysme il existe deux plaques noirâtres allongées sur une étendue de 3 centimètres.

4 h. 40. Compression digitale.

7 h. Le souffle est à peine perceptible. La compression est cessée.

15 janvier. L'anévrysme est revenu au même point qu'au début et le périmètre est comme anparavant de 445 millimètres.

Je perds la malade de vue jusqu'au mois de mai 1889. A ce moment, il se fit un léger suintement sanguin, et le 7 juillet, une hémorrhagie appréciée à un demi verre de sang.

Une intervention chirurgicale devenait indispensable ; d'ailleurs elle était réclamée par la malade. On ne pouvait penser à une extirpation du sac, à cause du volume de l'anévrysme qui devait englober les collatérales inférieures, à cause de la dissection difficile de cette masse énorme, constituant une opération minutieuse et longue et par là même, exposant la malade à un shock considérable. Nous nous décidâmes pour l'amputation du membre, sans nous dissimuler la gravité de notre intervention.

12 juillet. Amputation circulaire à fente externe consécutive au tiers supérieur de la cuisse.

Anesthésie chloroformique pendant deux heures : 40 gr. de chloroforme.

Au réveil, la malade est algide, couverte d'une sueur froide, avec un pouls filiforme. On pratique de midi à 2 heures et demie sept injections d'éther, en tout sept seringues de Pravaz. La chaleur, le pouls et la parole reviennent à 2 heures et demie. A 5 heures, la parole est plus embarrassée ; la malade accuse une soif vive. Je pratique la huitième injection d'éther.

La mort survient dix minutes après mon départ.

Autopsie de l'anévrysme.

Entre la section du fémur et le bord du condyle interne il y a 28 centimètres de longueur.

La tumeur anévrysmatique occupe la face postéro-interne de la cuisse en empiétant un peu sur les faces antérieure et externe. Elle est limitée en bas par le pli de flexion de la jambe sur la cuisse. Elle a une hauteur de 24 centimètres et une circonférence de 60 centimètres. A la partie postéro-inférieure existe un petit orifice par lequel sortait le sang. La peau est violacée dans un rayon de 5 centimètres autour de cet orifice, ailleurs elle possède sa coloration normale.

On fait une incision verticale sur la face postérieure de la tumeur.

La peau a ses caractères normaux ; elle est seulement un peu amincie ainsi que le tissu cellulo-graisseux, qui présente une petite hémorrhagie au niveau de l'orifice précédemment signalé.

En cet endroit, l'aponévrose présente un orifice circulaire admettant facilement l'extrémité de l'index. Le doigt perçoit une masse molle, élastique, facilement pénétrable donnant la sensation de caillots sanguins situés sous l'aponévrose.

Les muscles sont pâles, exsangues. Le vaste externe est détaché de la surface de l'anévrysme et possède sous sa face profonde du tissu graisseux assez épais. Entre le vaste externe et le biceps se trouve le sciatique poplité, rejeté sur la face externe de l'anévrysme. En dedans, la dissection des muscles est difficile à cause de leur amincissement et de leur adhérence à l'anévrysme. On peut cependant séparer le vaste interne, mais le grand adducteur est tellement réduit qu'on ne peut le reconnaître que par le canal de Hunter.

L'artère fémorale, athéromateuse présente son calibre normal, jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'anneau pour se dilater ensuite et s'accoler à la tumeur anévrysmale que l'on isole à ce moment des parties voisines. Vers la partie inférieure de l'anévrysme l'artère suivie, jusqu'à l'anneau du soléaire est diminué de calibre c'est-à-dire plus petite manifestement que la fémorale au-dessous de l'anneau.

Quant aux collatérales, on ne peut les retrouver, malgré une dissection attentive.

L'anévrysme complètement détaché mesure 56 centimètres dans son plus grand diamètre ; il présente des plaques d'athérome dans le voisinage de l'artère.

La tumeur est placée sur la table de façon à présenter sa face postérieure en haut. Incision verticale. La paroi est formée de fibres musculaires en conche de 2 millimètres et une tunique interne fibreuse. Le contour est constituée par une masse de caillots mous couleur chocolat, entremêlés de caillots plus noirs. Au milieu de ces caillots on trouve deux boules. L'une du volume de la tête d'un enfant, qui ressemble à du tissu musculaire, qui en a la même couleur et la même consistance et qui est formé par des couches concentriques, imbriquées comme les feuillets d'un oignon. L'autre, de la forme et de la grosseur d'un œuf, noire, molle comme

un caillot récent. Sur la paroi interne de la tumeur on rencontre des masses de différents volumes ressemblant à celle que nous pouvons appeler caillot musculaire. Tous ces caillots pèsent ensemble 2 kilogr. 500.

La poche débarrassée de ses caillots a une épaisseur de 3 centimètres. On trouve très facilement les orifices d'entrée et de sortie de l'anévrysme séparés l'un de l'autre par une distance de 25 millimètres. La paroi antérieure du vaisseau forme une rigole qui les réunit l'un à l'autre. Au-dessus de ces orifices existe un pont de caillots feuilletés qui semble isoler le canal du reste de la tumeur. En grattant la paroi interne de la tumeur on voit qu'elle se continue nettement avec la paroi interne de l'artère.

Le fémur est dénudé de son périoste et usé sur toute sa face postérieure depuis le bord des condyles jusqu'à 10 centimètres au-dessus. Le ligament postérieur de l'article est intact; l'articulation est saine et ne contient pas de liquide.

Cette observation ne prouve que peu de chose pour ou contre la méthode de Reid : étant donné l'âge de la malade, il eût peut-être été imprudent de continuer la compression digitale trop longtemps. Si je me suis permis de la publier, c'est à cause des raisons suivantes :

1° Etiologie de l'anévrysme. Chute. Rupture de l'artère poplitée par effort.

2° Volume de la tumeur.

3° Difficulté de prendre une décision en présence d'une intervention chirurgicale indispensable.

4° Autopsie de l'anévysme. Présence de caillots, dits musculaires, pouvant être rapportés, comme origine première, aux deux tentatives de compression.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

SUR UN CAS DE PARALYSIE AGITANTE A FORME HÉMIPLÉGIQUE, AVEC ATTITUDE ANORMALE DE LA TÊTE ET DU TRONC (extension).

Le faciès et l'habitus extérieur du corps tiennent, on le sait, une place importante dans le tableau clinique de la maladie de Parkinson. Peu d'affections du système nerveux possèdent un *côté plastique* aussi arrêté, aussi personnel, si l'on peut ainsi dire, que la paralysie agitante. Elle compose aux sujets qu'elle frappe une physionomie, une attitude générale, une démarche si spéciales que tout médecin quelque peu expérimenté la reconnaît dès l'abord, la diagnostique à l'avance.

Le type vulgaire est bien connu ; il nous suffira de le rappeler en quelques mots.

Dans la station debout, la tête est fortement inclinée en avant; le tronc est lui-même penché dans le même sens. Les membres sont fléchis dans toutes leurs jointures; les coudes sont tenus faiblement écartés du tronc, les avant-bras étant légèrement fléchis sur les bras; les mains fléchies sur les avant-bras reposent sur la ceinture; elles sont généralement déformées et la plupart du temps cette déformation est telle que le pouce et l'index se tiennent allongés et rapprochés l'un de l'autre, comme pour tenir une plume à écrire; les doigts inclinés vers la paume de la main sont déviés en masse vers le bord cubital. Les genoux sont aussi légèrement fléchis. La raideur musculaire, permanente, impose cette attitude aux différents segments du corps; elle est la cause de cette immobilité impassible des malades, de la lenteur de leurs mouvements, de leur allure raidie et scandée qui les fait ressembler, lorsqu'ils se mettent en marche, à des automates en mouvement. Ils vont ainsi, à petits pas, avec une tendance à courir parfois irrésistible.

Telle est résumée dans ses traits essentiels, la description aujourd'hui classique, qu'en a donnée M. le professeur Charcot; et cette description n'est certes pas à refaire, elle subsiste tout entière, toujours exacte et vraie pour la grande généralité des cas.

Mais à côté de la forme commune, où la flexion l'emporte dans l'attitude des diverses parties du corps, on peut observer des cas dans lesquels l'extension prédominant dans les membres sur la flexion, imprime aux malades un aspect très différent et capable d'induire en erreur un esprit non prévenu. Cette variété d'attitude a été observée par M. Charcot chez un paralytique agitant qu'il présenta l'an dernier dans une de ses cliniques du mardi (1). Il proposa de la désigner sous le nom de *type d'extension*. M. P. Richer a publié (2) plusieurs dessins représentant ce malade dans la station debout et pendant la marche. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces figures pour se rendre compte que, si par l'inclinaison en avant de la tête et du tronc, ce sujet appartient au type vulgaire, il s'en éloigne singulièrement par l'attitude des membres. Les avant-bras sont étendus sur les bras, les jambes sur les cuisses de telle sorte que les quatre membres forment comme des barres rigides. Pendant la marche, cet état d'extension persiste; les membres supérieurs restent droits; les mains ne quittent guère le contact des cuisses et les genoux se fléchissent à peine, ce qui force le malade à faire de grandes enjambées.

De fait, dans le cas que nous venons de citer, cette posture anormale des membres, jointe à l'absence de tremblement, avait été la cause d'une erreur de diagnostic. Il y a donc quelque intérêt, au point de vue pratique, à bien connaître les attitudes diverses que la maladie de Parkinson peut imprimer aux individus qu'elle frappe.

La malade dont nous allons rapporter l'observation appartient, elle aussi, au type d'extension. Elle a été présentée par M. Charcot à ses auditeurs dans la conférence clinique du 19 juillet. Il s'agit d'un cas de paralysie agitante à forme hémiplégique. Le membre supérieur présente l'attitude fléchie et le tremblement caractéristique, tandis que la tête et le tronc se trouvent rejetés fortement en arrière au lieu d'être penchés en avant selon la règle.

Obs. — *Maladie de Parkinson à forme hémiplégique. — Attitude anormale. — Extension excessive de la tête et du tronc.* — Pauline Dro..., âgée de 50 ans, plumassière, entre à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot, le 18 juin 1889.

Antécédents héréditaires. — Côté maternel. Rien qui mérite d'être relevé. Sa *mère* vit encore ; elle est âgée de 87 ans, elle ne tremble pas, elle a toujours été bien portante. Deux *oncles* encore vivants et en bonne santé, l'un est âgé de 84 ans, l'autre de 86. — Un troisième oncle mort à 62 ans d'une maladie de cœur. — Les enfants de ces oncles paraissent jouir d'une santé parfaite.

La malade n'a pas connu ses grands-parents.

Côté paternel : père mort à 48 ans d'une fluxion de poitrine, il était alcoolique. Une *tante* morte à 60 ans, après avoir été paralysée pendant dix ans, elle bavait et bredouillait en parlant.

La malade a eu un frère qui est mort à 33 ans, à la suite d'excès de boissons. Elle a eu cinq enfants, quatre sont morts en bas âge. Il lui reste une *fille* âgée de 16 ans et demi qui a eu plusieurs attaques d'hystérie entre 8 et 12 ans. Et c'est tout.

Antécédents personnels. — Cette femme a toujours été d'une santé irréprochable jusqu'à l'apparition des premiers troubles qui marquèrent le début de la maladie actuelle. Elle était d'un tem-

(1) Leçons du mardi. Policliniq. 1887-1888, p. 439.
(2) Nouv. Iconograph. de la Salpêtrière, nov. et déc. 1888.

pérament calme, mais très impressionnable. Elle s'émotionnait et pleurait souvent pour des motifs futiles.

Son mari emporté, coléreux, adonné à la boisson, rentrait chez lui à toute heure de nuit et de jour, ivre et toujours furieux. Il l'accablait de reproches et d'injures, la menaçait, etc. Ces scènes de ménage se renouvelaient fréquemment et c'est aux émotions violentes, aux transes par lesquelles elle passait que la malade attribue ce qu'elle appelle sa paralysie.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans environ, la malade commença à éprouver une sorte « d'énervement » dans le poignet et le membre supérieur gauche. Peu à peu, lentement, le bras devint maladroit, sujet à des raideurs ; elle avait parfois de la peine à étendre l'avant-bras ; les doigts et le pouce s'allongeaient continuellement et sa main prenait à chaque instant « l'attitude pour écrire ». Bientôt elle remarqua que ses doigts tremblaient de temps à autre ; au début, ce tremblement n'était que passager, il n'apparaissait qu'à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété, ou bien après un effort musculaire, puis il finit par s'installer définitivement et devint à peu près continuel.

Ces divers troubles s'accentuèrent progressivement et dans les premiers jours de l'année 1888, cinq mois environ après l'apparition des premiers symptômes, elle dut renoncer à son métier de plumassière.

Déjà à cette époque, elle avait remarqué chez elle une certaine tendance à courir. Il lui arrivait fréquemment, quand elle se mettait en marche de se sentir comme poussée en avant, ses pas se précipitaient de plus en plus malgré elle, et il lui est arrivé à plusieurs reprises de tomber sans pouvoir se retenir. En mars 1888, le membre inférieur gauche fut affecté à son tour. Il lui paraissait lourd et comme engourdi, dès lors elle commença à boiter. Elle entra à cette époque à l'hôpital Cochin ; elle y passa trois mois et demi.

Là elle fut soumise à un massage méthodique. Ce traitement produisait une certaine amélioration. Après chaque séance le bras et la jambe malades étaient moins engourdis, plus souples. Mais la raideur ne tardait pas à reparaître et quelques jours après sa sortie, elle était, dit-elle, aussi impotente de son bras et de sa jambe gauches que lors de son entrée à l'hôpital.

En juin 1888, elle éprouva pour la première fois des tiraillements, des raideurs dans la nuque, à partir de cette époque, les mouvements de la tête et du cou devinrent difficiles ; peu à peu sa tête se renversa en arrière et prit insensiblement l'attitude qu'elle présente encore aujourd'hui.

Etat actuel (5 juillet 1889). — Dans la station debout, l'attitude de la malade est la suivante : la tête est rejetée directement en arrière, en extension forcée, sans inclinaison latérale. Le tronc est, lui aussi, penché en arrière dans une attitude qui exagère notablement la courbure dorso-lombaire, mais il est en même temps légèrement incliné à droite de telle sorte que la colonne vertébrale décrit une double courbure latérale, concave à droite au niveau de sa portion dorsale supérieure et concave à gauche dans la portion lombaire.

L'épaule gauche est surélevée, comme la hanche du même côté. Le membre inférieur est en extension, le pied est légèrement abaissé, de manière que le talon touche à peine le sol, l'avant-pied appuyant surtout sur le sol.

Par contre, la position du membre supérieur gauche ne diffère en rien de l'attitude classique de ce membre dans la paralysie agitante. Le coude est un peu écarté du tronc, l'avant-bras modérément fléchi et en pronation. La déformation de la main est typique. Le pouce et l'index allongés l'un contre l'autre sont animés d'un tremblement à oscillations lentes, tandis que les autres doigts inclinés vers la paume de la main sont déviés en masse vers le bord cubital.

Le tremblement n'existe qu'à la main gauche ; il n'apparaît jamais au membre supérieur.

Les membres du côté droit sont indemnes de tout trouble fonctionnel. Leurs mouvements sont rapides et précis, tandis que les bras et la jambe du côté gauche raidis et comme soudés dans l'attitude que nous venons de décrire ne se meuvent que lentement, péniblement et par un effort soutenu.

La tête et le tronc restent également figés en extension. Les mouvements de latéralité, de rotation, de flexion, sont lents, difficiles et très limités.

La physionomie est impassible; le front ridé transversalement, les sourcils élevés, les yeux immobiles, le clignotement des paupières très peu fréquent. Ce facies associé au redressement de la tête et du tronc donne à la malade un air de majesté singulier.

Pendant la marche toute cette attitude persiste et comme le membre inférieur est maintenu en extension par la rigidité musculaire, la malade avance en balançant ses hanches, en décrivant à chaque pas un mouvement de faulx, avec sa jambe elle frotte le sol de la pointe du pied à la façon des sujets atteints d'hémiplégie cérébrale avec contracture secondaire.

Les réflexes tendineux ne sont nullement exagérés.

La sensibilité est intacte à tous les modes d'exploration.

Par contre, la malade se plaint avec insistance d'une certaine lourdeur et d'une sensation d'engourdissement dans tout le côté gauche. Elle accuse aussi dans ce côté une sensation de chaleur excessive.

Elle n'a jamais éprouvé de véritables douleurs.

Il n'y a aucun trouble du côté des sphincters.

L'intelligence et la mémoire sont parfaitement conservées. La parole est un peu monotone. Il est à remarquer qu'en dépit de l'attitude renversée de la tête et du tronc, l'antépulsion persiste et que la rétropulsion fait complètement défaut.

Bien que la paralysie agitante se présente dans le cas qui précède sous la forme hémiplégique, le diagnostic n'en est pas moins, ce nous semble, à l'abri de toute contestation. Le début insidieux, le développement lentement progressif, la raideur musculaire sans paralysie proprement dite, l'attitude du membre supérieur gauche, la déformation de la main, et le tremblement dont elle est animé, le facies, enfin l'antépulsion et les autres symptômes subjectifs accusés par la malade sont autant de signes qui ne laissent aucune place au doute.

M. Westphal a publié dans les *Annales de la Charité* de Berlin en 1877, l'observation d'un cas de paralysie agitante dans lequel il existait, comme chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, un redressement excessif de la tête. Cette observation et la nôtre sont, du moins à notre connaissance les seuls exemples de cette anomalie d'attitude qui aient été jusqu'ici mentionnés.

A. DUTIL,
Interne de la Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière).

REVUE DES JOURNAUX

I. — SUR LA RECHERCHE DES GONOCOCCUS, par le Dr J. SCHUTZ. *Munchner med. Wochenschrift*, 1889, n° 14.

II. — SUR LA FOLLICULITE PRÉPUTIALE ET SUR LA GONORRHÉE PARA-URÉTHRALE, par le Dr K. TOUTON. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1889, fasc. 2.

III. — INFECTION GONORRHÉIQUE DE LA BOUCHE, par le Dr W. CUTLER. *The New-York medical Journal*, T. XLVIII, 19, 1888.

IV. — UN CAS DE TRISMUS ET DE TÉTANOS CONSÉCUTIF A UNE ORCHITE BLENNORRHAGIQUE, par le Dr SAMTER. *Allgemeine medic. Central-Zeitung*, 1889, n° 41.

V. — Un cas d'abcès périnéphrétique consécutif a une gonorrhée, par le Dr Astley Bloxam, *Medical Presse and circular*, 16 mai 1889.

VI. — Un cas de pyémie consécutive a une gonorrhée, par le Dr Boswell Park. *New-York medical Record*, 22 septembre 1888.

VII. — Rhumatisme blennorrhagique ou syphilis ?, par le Dr Schuster. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1889, fasc. 3.

VIII. — Examen de l'urine pour le diagnostic du siège de la gonorrhée, par le Dr Goldenberg. *New-York medical Record* vol. XXXIV, n° 24.

IX. — Une nouvelle méthode de traitement de la gonorrhée, par le prof. Zeissl, de Chicago; *The Medical Reccord*, T. XXXV, 3. 1889.

I. — Les procédés de coloration employés pour la recherche du gonococcus de Neisser ont cet inconvénient que les globules de pus, et leur noyau principalement, s'imprègnent de matière colorante autant que les gonococcus. Ceux-ci sont dès lors assez difficiles à découvrir, surtout quand ils n'existent qu'en petit nombre dans le champ de la préparation. Pour éviter cet inconvénient, M. Schütz a imaginé un procédé que voici, qui permet de colorer isolément les gonococcus :

Les préparations sèches, obtenues en couche mince et d'épaisseur bien uniforme, sur des couvre-objets, sont passées trois fois à la flamme, puis déposées pendant cinq à dix minutes dans une solution saturée de bleu de méthyle, préparée avec une solution d'acide phénique à 5 0/0, solution froide et filtrée. Elles sont ensuite lavées sous un filet d'eau et immergées pendant trois secondes dans de l'eau distillée additionnée d'acide acétique dilué (5 gouttes d'acide pour 20 centimètres cubes d'eau). Puis on les lave de nouveau sous un filet d'eau. On peut constater alors, que toute la préparation est décolorée, sauf les gonococcus qui sont d'un bleu bien net.

On peut ensuite colorer les préparations avec une solution aqueuse de safranine, très diluée, mais il faut que l'action de la safranine ne soit que de très courte durée, et il est nécessaire de laver les préparations.

Si ensuite on chauffe le porte-objet au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, si on laisse fondre par-dessus, un peu de baume du Canada, qu'on a laissé préablement s'épaissir au contact de l'air, et si on recouvre le tout du couvre-objet un peu chauffé, puis qu'après refroidissement on lave à l'alcool, on obtient des préparations d'une durée indéfinie : les gonococcus sont colorées en bleu, ainsi que les cellules épithéliales ; les globules de pus et leur noyau ont une teinte saumon.

II.—Il existe chez l'homme, mais beaucoup plus rarement que chez la femme, des canaux para-uréthraux, véritables cryptes qui débouchent généralement dans le voisinage de la commissure postérieure du méat. Des canaux semblables, très fins, cheminent entre les deux feuillets du prépuce et débouchent sur la face interne de ce replis. Ces canaux sont quelquefois envahis par l'inflammation blennorrhagique. M. Touton publie deux exemples de ce genre de localisation de la blennorrhagie aiguë.

Le premier cas est un exemple de folliculite préputiale : dans le cours d'une blennorrhagie aiguë, il se forma, sur le prépuce, une tumeur du volume d'un pois, rouge, percée d'un orifice très fin d'où, par la pression, on faisait sourdre quelques goutteletles d'un pus qui tenait en suspension des gonococcus mais point d'antres micro-organismes. Peu à pen le contenu de la tumeur se transforma en mucus, qui contenait encore des gonococcus à une époque où il ne subsistait plus de traces de l'écoulement uréthral. La petite tumeur qui s'était rétractée sons forme d'une bride longue de 1 centimètre fut extirpée. Elle était creusée d'un canal qui avait tout l'aspect d'nne simple dépression épithéliale, tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié. On découvrait des gonococcus entre les cellules des trois ou quatre conches épithéliales les plus superficielles.

Dans le second cas, il s'agit de l'extension d'une uréthrite blennorrhagique à un canal para-uréthral. Le produit de sécrétion de cette para-uréthrite renfermait également des gonococcus à une époque où ceux-ci avaient disparu de la sécrétion uréthrale.

Les faits rapportés par M. Touton ont une certaine importance au point de vue pratique ; ils établissent la possibilité pour l'homme de transmettre la blennorrhagie plus ou moins longtemps après la guérison d'une uréthrite blennorrhagique. En fait de traitement, M. Touton recommande de cautériser les trajets para-uréthraux envahis par l'infection blennorrhagique, en se servant *ad hoc* de soudes très fines, et de recourir à l'excision des trajets préputiaux, ou à leur incision avec grattage consécutif.

III. — Une jeune fille éprouva, le lendemain d'un coït *in ore*, de la sécheresse de la bouche, en même temps que la salive expuée devenait très fétide. Le surlendemain elle présentait de petites ulcérations aux lèvres. Le troisième jour, les gencives étaient tuméfiées et très douloureuses. Le cinquième jour, la muqueuse buccale, dans toute son étendue, était le siège d'une inflammation tellement violente que la jeune fille ne pouvait plus manger ; il se faisait, par la bouche, un écoulement blanchâtre mêlé de pus, d'une saveur désagréable et d'une odeur fétide.

M. Cutler vit la malade dix jours après l'infection ; les lèvres étaient couvertes de vésicules d'herpès, parvenues à des stades très divers de leur évolution. La muqueuse des lèvres et des joues était épaissie, rouge, dépouillée de son épithélium par places, et tapissée de fausses-membranes, au-dessous desquelles la muqueuse était excoriée. Les gencives, tuméfiées, saignaient au moindre attouchement. La langue, également tuméfiée, était très sensible, d'un rouge luisant, parsemée d'ulcérations superficielles qui secrétaient un pus épais. Le voile du palais et ses piliers antérieurs étaient également enflammés. L'haleine était très fétide, la sécrétion salivaire pen abondante. La muqueuse buccale sécrétait un mucus mélangé de globules de pus, de débris épithéliaux et de nombreuses bactéries. Dans les fausses-membraues on découvrait des organismes qui ressemblaient aux gonococcus. On apprit d'ailleurs que l'amant de la jeune fille était en puissance d'une blennorrhagie aiguë. Il n'y avait donc pas de doute possible sur la nature de cette inflammation buccale.

Des applications topiques de glycérine et de sous-nitrate de bismuth, et des gargarismes au chlorate de potasse ont produit une amélioration des symptômes éprouvés par la malade.

IV. — L'observation de M. Samter concerne un homme de 28 ans, qui présenta les symptômes caractéristiques du trismus et du tétanos ; les spasmes tétaniques gagnèrent tons les muscles du squelette, ceux des bras exceptés. Le sujet n'avait pas subi de traumatisme. Par contre, à la suite d'une blennorrhagie compliquée d'orchite, une fistule s'était établie au testicule gauche, et cet organe avait été complètement détruit. C'est cette fistule qui, à l'idée de Samter, a été le point de départ des accidents tétaniques. Ceux-ci se dissipèrent sous l'influence

du chloral administré à la dose quotidienne de 5 grammes ; la fistule guérit également.

V. — Le sujet de l'observation de Bloxam avait contracté la blennorrhagie en 1884; la maladie avait passé à l'état chronique. Au bout de trois ans environ, le sujet fut pris de douleurs dans la région lombaire, à droite. Sous l'influence de la marche, ces douleurs s'exaspéraient à tel point que le malade ne pouvait plus avancer. Une tumeur de forme irrégulière s'était développée dans la région du rein droit. M. Bloxam diagnostiqua l'existence d'un abcès profond. Il incisa la tumeur et tomba en effet sur une collection de pus, qui siégeait sous l'aponévrose transverse, autour du rein droit. La collection fut vidée, drainée et traitée par voie antiseptique. Au bout de quinze jours le sujet pouvait être considéré comme guéri.

Pour M. Bloxam, l'abcès périnéphétique s'était formé sous l'influence de la gonorrhée chronique dont souffrait le patient.

VI. — M. Boswell Park relate l'observation d'un homme qui, dans le cours d'une blennorrhagie, a présenté des symptômes de pyémie à forme typhoïdique, auxquels succomba le malade. A l'autopsie on trouva du pus dans les deux articulations des genoux et dans l'articulation sterno-claviculaire à gauche. Le pus ne contenait pas de gonocoques. La vessie et les ganglions mésentériques ne présentaient rien d'anormal. L'auteur a fait ressortir les différences qui existent entre le tableau morbide réalisé par son malade, et celui de la septicémie qui a son point de départ immédiat dans l'urèthre envahie par une inflammation gonorrhéique.

A l'occasion de ce fait, M. S. W. Gross, de Philadelphie, a signalé la fréquence des rétrécissements organiques de l'urèthre antérieur chez les masturbateurs. M. Gross a rencontré ce genre de rétrécissement dans la proportion de 80 0/0. chez plus de 300 sujets adonnés à la masturbation et qu'il a eu occasion d'examiner; le rétrécissement s'était développé indépendamment de tout traumatisme et de toute affection gonorrhéique.

VII. — L'étiologie de l'arthrite blennorrhagique n'est pas encore tirée au clair. D'après M. Schuster, on n'a pas encore fourni la preuve certaine de la présence du gonococcus dans le contenu des jointures frappées de ce genre d'arthrite. Une opinion assez répandue de nos jours considère l'arthrite blennorrhagique comme le produit d'une infection mixte, comme engendrée à la fois par des gonococcus de Neisser et par des micro-organismes pyogènes. Le fait que les arthrites blennorrhagiques aboutissent rarement à la suppuration est contraire à cette opinion.

M. Schuster a cherché à élucider cette question de l'étiologie de l'arthrite blennorrhagique, en se tenant sur le terrain de la clinique pure. Il relate 7 cas d'arthrite blennorrhagique où une guérison plus ou moins radicale a été obtenue à la faveur d'un traitement antisyphilitique. Il est vrai de dire qu'aucun de ces cas ne réalisait d'une façon parfaite le tableau classique de l'arthrite blennorrhagique; dans tous ces cas on a noté des complications telles qu'une iritis (5 fois), une périostite du calcanéum (5 fois), une endocardite, des douleurs sciatiques, etc. L'origine syphilitique de ces complications et de l'arthrite concomitante est attestée par le succès du traitement spécifique (iodure de potassium et mercure). Reste à savoir si, chez les malades de M. Schuster, l'arthrite était dans un rapport quelconque avec l'urèthrite blennorrhagique. Pour M. Schuster, celle-ci serait l'expression d'une infection mixte, développée à la fois par le microbe de la syphilis et par le gonococcus.

VIII. — M. Goldenberg soutient que le procédé de Thompson (miction en deux temps, de façon à pouvoir recueillir les deux portions d'urine dans deux verres, pour les examiner séparément), employé pour reconnaître si une urèthrite a pour siège l'urèthre antérieur ou l'urèthre postérieur, ne donne pas toujours des résultats exacts. Il recommande d'apporter à ce procédé une modification consistant à faire, dans l'urèthre, une injection préalable d'eau chaude à 70°. C'est seulement après cette injection qu'on fera uriner le malade en deux temps, dans deux verres. Si l'urine rendue dans ces conditions est trouble, il est évident que cet état de l'urine ne peut dépendre que d'une affection de l'urèthre postérieur ou de la vessie; affection de l'urèthre postérieur, si la première portion d'urine est seule trouble, affection de la vessie, quand l'urine est trouble dans les deux verres.

IX. — La nouvelle méthode de traitement de la blennorrhagie, proposée et mise en pratique par M. Zeissl, consiste à introduire des poudres médicamenteuses dans l'urèthre, à l'aide d'un instrument spécial. Cet instrument n'est autre qu'un tube long de six pouces, semblable à celui dont on se sert pour l'endoscopie, et muni d'un obturateur qui en facilite l'introduction dans l'urèthre. Le bout externe du tube est évasé en forme d'entonnoir; cette partie évasée peut contenir environ 6 grammes de poudre. Dans le tube on introduit une spirale de même longueur; en imprimant des mouvements de torsion à cette spirale, dans un sens déterminé, le tube étant introduit dans l'urèthre, la poudre médicamenteuse s'échappe dans le canal par l'orifice antérieur de l'instrument. Pendant cette manœuvre, on retire doucement le tube, de façon à tapisser l'urèthre dans toute son étendue avec la poudre médicamenteuse.

Avant d'introduire l'instrument dans le canal, on a soin de faire uriner le malade et de lui pousser ensuite une injection de permanganate de potasse au 1/2000. L'effet consécutif immédiat de l'introduction de la poudre médicamenteuse se traduit par une sensation locale de bien-être. Peu à peu la poudre se délaie dans la sérosité que la muqueuse uréthrale se met à sécréter en quantité considérable; au bout de six heures environ, l'urèthre est de nouveau vide. On ne recommence la manœuvre qu'une fois par jour, au début, et plus tard, toutes les deux heures.

En fait de poudres médicamenteuses, M. Zeissl emploie, au début du traitement, de l'acide borique seul, ou un mélange de :

Acide borique	12 parties.
Calomel	1 —
Sous-carbonate de bismuth	2 —

Plus tard, il emploie des substances astringentes telles que l'alun, le sous-nitrate de bismuth, l'hydrastine, etc.

Il est recommandé de recourir au traitement à une époque aussi rapprochée que possible du début de la blennorrhagie. En très peu de temps, l'écoulement uréthral se modère, devient muqueux d'abord, séreux ensuite. A en croire M. Zeissl, la durée de la maladie est abrégée, et le malade est préservé de toute complication.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

Polyuries et albuminuries d'origine nerveuse, par le Dr Pessez. (Thèse de Paris 1888).

Il existe des troubles de la sécrétion rénale qui sont consécutifs à un trouble vaso-moteur, permanent de l'organe, qui est lui-même sous la dépendance du nerf pneumogastrique.

Ces troubles fonctionnels peuvent acquérir une durée anormale et déterminer une néphrite interstitielle franchement systématique. En pareil cas, les symptômes rénaux ne sont jamais isolés et s'accompagnent constamment de troubles cardiaques analogues à ceux que l'on observe dans la forme chronique du mal de Bright. Il y aurait une forme nerveuse du mal de Bright, tout comme il y a une forme nerveuse du diabète.

Il y a lieu de se demander si la pathogénie des néphrites dites primitives, ne serait pas en rapport avec des troubles vaso-moteurs de même nature, ce qui expliquerait l'analogie des lésions expérimentales et des lésions spontanées en même temps que les coexistences morbides constatées dans les deux cas. G. L.

De l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques, par le Dr A. Richard. (Paris 1887).

L'hémiplégie hystérique pouvant s'observer chez des sujets syphilitiques, le diagnostic entre elle et l'hémiplégie syphilitique peut être très délicat, d'autant que toutes les deux se voient de préférence pendant la jeunesse. Cependant on peut arriver à les distinguer en remarquant que l'une est une hémiplégie dynamique avec prédominance marquée des troubles de la sensibilité, tandis que l'autre est une hémiplégie organique avec absence de troubles de la sensibilité, les troubles moteurs existant seuls. D'autre part l'hémiplégie syphilitique est souvent associée à des paralysies oculaires.

La syphilis, chez les hystériques, joue surtout le rôle de cause occasionnelle et agit en favorisant le développement de phénomènes nerveux chez des sujets prédisposés.

Les hémiplégies hystériques guérissent sous l'influence des agents esthésiogènes, tandis que les hémiplégies syphilitiques relèvent du traitement spécifique. G. L.

Étude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique, par le Dr Mongin. (Thèse de Paris 1887).

Il n'existe pas de centre choréigène et la capsule interne n'a pas le privilège de donner naissance à l'hémichorée. L'irritation ou la destruction partielle des faisceaux moteurs en un point quelconque de leur trajet est vraisemblablement la cause des mouvements choréiques, toutes les fois que la lésion siège sur ces faisceaux. L'hémichorée peut aussi succéder à une lésion siégeant exclusivement sur la substance grise (cerveau, ganglions ou moelle) ou encore avoir une origine réflexe (hémichorée pleurétique.

L'hémichorée reconnaît en somme plusieurs modes de production ; elle relève selon les cas : 1° de phénomènes d'irritation quand la lésion siège sur le faisceau pyramidal ; 2° d'une irritation directe des cellules motrices quand la lésion siège dans les centres moteurs ; 3° de phénomènes d'inhibition, quand elle siège dans d'autres régions. G. L.

De l'état de la mémoire dans les vésanies, par le Dr Baret. (Thèse de Paris).

Dans la mélancolie consciente, anxieuse, perplexe, la mémoire est conservée ; dans la mélancolie dépressive, elle persiste mais elle finit par s'affaiblir, quand la maladie dégénère en démence.

Dans la stupeur, elle peut persister à l'état latent et se réveiller subitement, mais dans quelques cas, elle disparaît et ne revient que difficilement.

Dans le délire des persécutions, elle est conservée et même exaltée, étant donnée la façon dont le malade se rappelle les faits les plus insignifiants ; elle disparaît quand la démence commence.

La mémoire est exaltée dans la manie et dans la folie circulaire pendant les périodes d'excitation ; elle ne sombre qu'à la fin, parfois après un temps très long. Elle est conservée et même très brillante dans les folies lucides.

L'amnésie progressive se montre dans la démence vésanique et correspond à l'atrophie des cellules cérébrales.

Au point de vue du diagnostic, la conservation de la mémoire permet de dire vésanie, tandis que l'amnésie indique en général une folie symptomatique.

Comme explication médico-légale, il faut toujours avoir présente à l'esprit cette vérité que certains aliénés peuvent jouir de la complète intégrité de leur mémoire et que le fait qu'un criminel se souvient bien ne prouve rien contre la possibilité de son irresponsabilité. G. L.

De la contracture secondaire des muscles de la face, par le Dr O. Foucher. (Thèse de Paris).

La contracture des muscles de la face est une des terminaisons de la paralysie a frigore de la septième paire ; elle ne survient guère que de deux à quatre mois après le début de la paralysie. Elle est annoncée par la diminution ou l'abolition complète de l'excitabilité faradique des muscles, par des spasmes et le retour rapide de la force tonique dans un muscle. Des secousses spontanées et des douleurs névralgiques sont des signes du même ordre. Dans beaucoup de cas un traitement électrique trop énergique peut être accusé d'avoir favorisé l'établissement de la contracture.

Le pronostic de cette contracture est grave en ce sens qu'elle est souvent incurable et gêne les mouvements de la face. Le traitement consiste dans la faradisation modérée et dans des tractions exercées sur les muscles contracturés que l'on soumet à une gymnastique spéciale. G. L.

De la névralgie brachiale double, par le Dr Nouéric. (Thèse de Paris).

Il s'agit d'une forme spéciale de névralgie brachiale caractérisée par des douleurs très violentes siégeant dans les deux bras et se terminant par la guérison. Le début est progressif : de suite les douleurs sont symétriques ; puis les accès, rares au début, se rapprochent et augmentent d'intensité, tous les nerfs paraissant également pris. Pas de troubles de la motité, pas d'anesthésie.

Elle paraît due à une congestion simple des méninges cervicales qui n'aboutit pas à l'inflammation. La maladie peut se localiser d'emblée sur la région cervicale, mais elle peut aussi ne se montrer à cette région qu'après avoir touché les méninges cérébrales et suivi ainsi une marche descendante.

Elle relève en apparence de la diathèse rhumatismale, qui occasionnerait cette congestion méningée, cause déterminante des douleurs par suite de l'irritation des racines nerveuses. Au point de vue du pronostic, cette affection, bruyante par son mode d'évolution, guérit assez facilement. Les médicaments qui agissent sur la douleur, non seulement calment cette dernière, mais encore semblent influencer heureusement l'affection dont la névralgie brachiale double n'est que l'expression. G. L.

Contribution à l'étude de l'hystérie toxique, par le Dr Rouby. (Thèse de Paris 1889.)

L'auteur a surtout en vue l'apoplexie hystérique dans la syphilis dont il a pu observer quatre cas. Il est fort difficile de

dire si l'attaque apoplectique et les phénomènes consécutifs sont le fait de l'hystérie ou celui de la syphilis; le diagnostic ne peut se faire que par l'étude des antécédents et surtout par la recherche minutieuse des stigmates de l'hystérie, l'hémianesthésie est l'accident principal, la paralysie étant peu prononcée; c'est l'inverse dans l'apoplexie syphilitique. D'autre part, le syphilitique a une paralysie faciale vulgaire, tandisque l'hystérique ne présente que de l'hémispasme glosso-labié plus ou moins considérable. Enfin le début marque aussi une différence; il est brusque et sans prodromes dans l'hystérie; il est annoncé par des troubles divers dans la syphilis, la paralysie est précédée de parésie et de fourmillements et l'ictus apoplectique est fort rare. Le traitement spécifique réussit dans ce dernier cas, et le traitement antispasmodique et esthésiogène dans le premier.

La syphilis joue un rôle dans la production de l'hystérie soit comme cause adjuvante dans les cas de prédisposition héréditaire (hérédité similaire, hérédité névropathique générale, hérédité diathésique), soit comme cause déterminante en créant les conditions nécessaires au développement de la névrose. L'hystérie ainsi développée revêt fréquemment et d'emblée la forme apoplectique. G. L.

Des troubles auditifs dans le tabes, par le Dr Chataigner. (Thèse de Paris 1889.)

Dans le tabes, les symptômes auditifs peuvent varier d'intensité depuis la simple dureté de l'ouïe jusqu'à la surdité complète, depuis le vertige passager jusqu'à la chute.

Ces troubles sont sous la dépendance d'une hyperémie labyrinthique, que cette dernière soit provoquée par une irritation directe du nerf acoustique, allant de la partie centrale à la périphérie, ou sous la dépendance des autres nerfs dont l'influence vaso-motrice sur les vaisseaux de l'oreille est depuis longtemps démontrée. Dans le premier cas, le nerf acoustique étant altéré dans ses branches d'origine, la surdité peut arriver jusqu'à la cophose. Dans le second cas, les dernières ramifications du nerf étant plus ou moins comprimées par la congestion donneront lieu à des troubles d'intensité variable, mais il y aura toujours un certain degré de surdité, sans cependant amener une altération dans les éléments anatomiques du nerf.

Enfin, le tabes peut débuter par le nerf auditif, et pour peu qu'il existe en même temps que les troubles de l'ouïe, quelques douleurs fulgurantes disséminées et fugitives, quelques plaques d'anesthésie ou quelque paralysie locale dans les yeux ou dans la face, on pourra affirmer l'origine médullaire de la lésion. G. L.

BULLETIN

Accidents d'origine vaccinale. — Nature infectieuse du tétanos.

C'est une histoire émouvante et en même temps pleine d'obscurités que celle dont M. Hervieux est venu entretenir l'Académie à la séance de mardi. On y retrouve le côté mystérieux qui caractérise la plupart des faits analogues et on s'explique jusqu'à un certain point, en la lisant, le sentiment de panique auquel un groupe de population s'est abandonné sur la foi d'une première impression. Ici encore, il s'agit d'une de ces petites épidémies locales engendrées par l'usage d'un vaccin suspect, d'accidents particuliers sur la nature desquels les médecins se voient forcés de suspendre leur jugement jusqu'au jour où la marche naturelle des choses vient dissiper enfin tous les doutes. En lisant le rapport de M. Hervieux, on pourra se convaincre que cette temporisation était, dans le cas particulier, légitime, sage, indispensable.

Résumée aussi brièvement que possible, cette relation se réduit à ceci : Dans une petite commune du Nord, 38 enfants sont inoculés le 31 juillet dernier avec un vaccin prélevé sur un vaccinifère unique et présentant d'ailleurs, au moins en apparence, toutes les conditions de santé et d'intégrité physique exigées en pareil cas. Le 14 août, c'est-à-dire treize jours après, on voyait chez 37 de ces enfants apparaître au niveau des points d'inoculation des accidents particuliers, d'une physionomie très inquiétante. D'abord une inflammation locale très intense apparue de très bonne heure; après l'apaisement de cet état phlegmasique initial qui dura environ trois jours, les petites plaies formées au niveau des piqûres revêtirent un aspect spécial, celui des plaies de mauvaise nature : Ulcérations larges et profondes, bords surélevés et taillés à pic, induration en plateau de la base de l'ulcération, suppuration abondante, souvent fétide; à la surface de celle-ci, formation d'une croûte épaisse et brunâtre. Certains de ces caractères rappelaient à s'y méprendre ceux du chancre syphilitique : L'analogie était complétée chez quelques-uns des vaccinés par la présence de signes d'adénopathie secondaire constatés dans les ganglions appartenant au département lymphatique de la région inoculée. L'hypothèse d'une infection syphilitique vaccinale apparaissait donc dès lors comme assez plausible. On crut lui trouver une confirmation dans la constatation ultérieure d'un fait qui semblait réaliser en quelque sorte une contre-expérience fortuite. La mère d'un des vaccinés présenta quelques jours plus tard une ulcération palpébrale exactement pareille à celles qui existaient sur les bras des jeunes victimes : Le développement de cette ulcération fut attribuée au transport involontaire par les doigts d'une certaine quantité de liquide suinté à la surface des plaies. On comprendra par ces détails, l'inquiétude et les doutes qui ont pu naître dans l'esprit des médecins placés en présence d'une lésion aussi insolite, non moins que l'anxiété d'un entourage naturellement enclin à une interprétation excessive ou malveillante: ces doutes, M. Hervieux les a partagés, ainsi que son rapport en fait foi. Après avoir exposé en toute sincérité les arguments qui semblaient militer en faveur d'une inoculation syphilitique par le vaccin, il a fait ressortir à leur tour ceux qui lui paraissaient de nature à interdire toute affirmation prématurée. Une question de pareille importance méritait donc la haute attention de l'Académie; aussi a-t-on vu avec satisfaction intervenir dans le débat un maître éminent, syphiliographe consommé, qui est venu à la tribune faire ressortir les contradictions résultant de l'enquête et la valeur des objections qui s'opposent dès à présent à l'admission du diagnostic de syphilis. Ces objections se réduisaient dans l'espèce à deux principales, pourvues toutes deux d'une portée considérable. L'une tirée de l'existence des phénomènes inflammatoires notés au début, phénomènes dont l'apparition ne fait à aucun titre partie du cortège habituel de l'évolution syphilitique; l'autre fondée sur l'extrême brièveté de l'intervalle qui s'est écoulé entre le moment de l'inoculation et celui où se manifestèrent les accidents imputés à l'action du virus syphilitique. Or, ces deux objections présentent une valeur considérable qui s'augmente ici de l'expérience personnelle de M. Fournier.

En effet, dans une carrière déjà longue, cet observateur n'a rencontré pour ainsi dire aucune exception à ce que l'on pourrait appeler les lois fondamentales de l'évolution syphilitique :

durée de l'incubation atteignant au moins 3 semaines, absence de toute réaction inflammatoire, tels sont effectivement les deux caractères invariables du chancre syphilitique. On peut donc, de par ces deux objections, considérer comme inadmissible l'idée de syphilis vaccinale qui apparaissait d'abord comme la plus probable, et cela dès aujourd'hui, sans qu'il y ait lieu d'attendre pour se prononcer l'éclosion ultérieure des accidents secondaires que M. Hervieux réservait comme devant être la pierre de tonche du diagnostic. Mais alors comment expliquer ce qui s'est passé chez les 37 vaccinés? Quelle est l'origine de ces accidents locaux d'un aspect si inquiétant? Peut-on invoquer ici une complication banale, un travail inflammatoire vulgaire au niveau d'une lésion minime en apparence dont l'évolution n'aurait pas été protégée à l'avance par une antisepsie préalable suffisante? Faute d'une observation personnelle et directe, on ne peut répondre à de pareilles questions et on doit se contenter ici des arguments qui permettent de repousser l'hypothèse d'infection syphilitique, c'est-à-dire d'une affirmation simplement négative, il est vrai, mais qui a du moins le mérite d'être extrêmement rassurante pour l'avenir des jeunes victimes.

L'étude des maladies infectieuses, passionne à juste titre la génération actuelle. Elle inspire des recherches incessantes qui contribuent à dissiper chaque jour les obscurités dont l'histoire de ces maladies est encore entourée. Il est vrai que son domaine s'est agrandi considérablement dans ces dernières années, on pourrait presque dire démesurément. C'est ainsi qu'elle tend aujourd'hui à englober une certaine catégorie d'affections qui paraissent devoir échapper à son empire : par exemple certaines maladies groupées jusqu'à ce jour parmi celles qui dépendent du système nerveux et en particulier le *tétanos*. L'origine de cette redoutable complication des plaies a été imputée longtemps et exclusivement à une lésion spéciale des nerfs, lésion de nature indéterminée. Mais récemment divers observateurs ont exprimé des doutes à ce sujet et ont émis l'opinion que des accidents tétaniques seraient le résultat d'un contage particulier absorbé à la surface des plaies et engendrant ainsi une infection ultérieure dont l'expression clinique ne serait autre que la contraction caractéristique du tétanos. Certains bactériologistes ont fait plus. Ils ont recherché l'élément actif de cette contagion, le microbe, et l'un d'eux, Nicolaïer, prétend l'avoir trouvé et isolé, mais n'a pu parvenir à le cultiver. MM. Chantemesse et Widal ont institué sur le même sujet des expériences qui semblent réaliser un progrès sur celles de leurs devanciers, si l'on en juge d'après leur caractère d'exactitude et de précision.

Ils ont d'abord cherché à produire le tétanos chez des animaux par l'inoculation de poussières prélevées dans certaines parties des salles habitées antérieurement par des malades tétaniques. Cette première série d'expériences leur a permis tout d'abord de constater quelques faits intéressants : Ils ont reconnu ainsi que la poussière recueillie dans les fissures des parquets au voisinage des lits occupés par les malades donnait des résultats bien plus positifs que celle prélevée sur les murs, rideaux, etc., dont l'inoculation restait presque toujours stérile. Par une série de manipulations ils sont arrivés ensuite à isoler dans ces poussières et à cultiver isolément le microbe décrit par Nicolaïer et considéré comme l'agent pathogène. Or les inoculations pratiquées avec ces cultures ont échoué d'une manière constante. De cet échec, MM. Chantemesse et Widal n'ont pas crû pouvoir conclure à la non-spécificité du microbe de Nicolaïer ; celui-ci reste bien à leurs yeux le véritable agent pathogène du tétanos. Ils sont seulement disposés à admettre, comme l'hypothèse la plus probable, qu'il y a diminution dans la virulence du bacille, sous l'influence des manipulations nécessitées par la culture : Le virus secrété par le microbe perdrait ses propriétés toxiques pendant la durée de cette culture, ou ne serait plns excrété en quantité suffisant pour se diffuser dans l'organisme de l'animal témoin et faire naître ainsi les symptômes de la maladie tétanique. Cette dernière hypothèse aurait le mérite de concorder avec un fait clinique constaté depuis longtemps, savoir le faible pouvoir de diffusion des épidémies de tétanos qui s'éteignent généralement sur place. Elle s'accorde aussi avec ce fait expérimental reconnu, l'impossibilité de transmettre longtemps la maladie sons forme de séries.

On voit que les nouvelles recherches de MM. Chantemesse et Widal présentent un extrême intérêt et de plus une importance considérable, en dépit des réserves qui ont présidé à l'établissement des conclusions qui s'en dégagent. Si elles n'éclairent pas encore tous les points obscurs de la pathogénie du tétanos, elles réalisent tout au moins un progrès notable sur celle des précédents expérimentateurs. Et telles qu'elles sont, nous les acceptons comme la promesse lointaine d'une solution définitive.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Ce Congrès se réunira à Paris du 3 au 10 octobre prochain.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 3 octobre, à 10 h. du matin, au palais du Trocadéro.

Les séances de sections se tiendront à la Faculté de médecine, du vendredi 3 au jeudi 10 octobre, à 9 heures du matin et 2 heures de l'après-midi.

A dater du mardi matin 1er octobre, le secrétariat du Congrès sera ouvert, à la Faculté de médecine, de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Du 11 au 21 octobre, le Congrès visitera les stations hydrominérales de la région de l'est. Les excursionnistes jouiront d'une réduction de 50 0/0 sur tout le parcours.

Les dames peuvent faire partie du Congrès.

Le nombre des adhésions et des communications annoncées est considérable.

La plupart des gouvernements étrangers ont désigné des délégués officiels.

Les personnes qui veulent participer à ces grandes assises de l'Hydrologie et de la Climatologie sont invitées à envoyer sans retard leur adhésion et leur cotisation (20 fr.) au trésorier du Congrès M. O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Elles recevront immédiatement, avec leur carte, tous les documents, entre autres les rapports sur les questions proposées par le Comité d'organisation.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Urines. Dépôts. Sédiments. Calculs. Application de l'analyse urologique à la séméiologie médicale, par E. Gautrelet, pharmacien de 1re classe, etc., avec une préface de M. le docteur Lécorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Paris, 1889, 1 vol. in-18 jésus de 452 pages, avec figures, 6 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le magnétisme animal (hypnotisme et suggestion). — Etude historique et critique, par le docteur J.-S. Morand, directeur et rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*, officier de la

Légion d'honneur. Un volume in-18, de 500 pages, avec plusieurs gravures hors texte. Prix 3 fr. 50. Garnier frères, libraires-éditeurs, 6, rue des Saints-Pères.

Hygiène de la première enfance, par le docteur Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth, etc. Un volume in-8 de 640 pages. Prix 8 francs.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par sir Henri Thompson, professeur au « Royal college of surgeons ». Traduites par le docteur Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1889, 1 vol. in-8 de 628 p., avec 121 fig., 8 fr.

De la scrofule. Histoire et doctrines, étiologie, prophylaxie dans la première enfance, par le docteur Louis Amat, médecin-major. Mémoire récompensé par l'Académie de médecine, concours de l'hygiène de l'enfance, 1884. Une brochure in-8 de 136 pages. Prix 3 fr. 50. Librairie Camille Coulet, éditeur à Montpellier, et chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

La circonvolution de Broca. Etude de morphologie cérébrale, par le docteur Georges Hervé, professeur à l'école d'anthropologie. Un volume in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches coloriées hors texte. Prix : 6 fr. Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

La lumière et les couleurs au point de vue physiologique, par le docteur Augustin Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1888, 1 vol. in-16 de 352 pages avec 22 figures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière, rue Hautefeuille.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la Commission d'hygiène hippique et publié par ordre du ministre de la guerre, 2e série, tome treizième. Un vol. in-8 broché de 1120 pages avec planches en couleurs hors texte. 15 fr. — Librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 5. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphtérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses, 46. — Autres, 6. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 29. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 32. — Bronchite aiguë, 10. — Bronchite chronique, 19. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 35. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 18 — Biberon, 86. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 11. — Sénilité, 17. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 151. — Causes inconnues, 12. — Total : 867.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr CHARCOT.

DES CRISES GASTRIQUES TABÉTIQUES AVEC VOMISSEMENTS NOIRS

Messieurs,

Vous avez devant vous un homme dans la force de l'âge qui, après quelques troubles dyspeptiques vulgaires, a été pris tout à coup, il y a cinq ans de cela, d'accidents gastriques en apparence très graves. Ces accidents, qui étaient caractérisés par des douleurs épigastriques violentes, des vomissements répétés de couleur noirâtre, marc de café, une inappétence absolue et une prostration extrême des forces, persistèrent à l'état aigu pendant une dizaine de jours; puis ils se calmèrent un peu, mais pour s'établir sous une forme atténuée et d'une façon à peu près permanente pendant une longue période de cinq années, s'exaspérant seulement de temps à autre, sous forme de crises périodiques semblables à la première tant par leur intensité que par leur durée. Longtemps les médecins consultés diagnostiquèrent chez cet homme, bien à tort, les uns un cancer gastrique, les autres un ulcère rond. Ce n'est qu'au bout de trois ans que la véritable nature du mal fut révélée par l'apparition de symptômes spinaux on ne peut plus significatifs, tels que l'incoordination motrice des membres inférieurs et le signe de Romberg. On reconnut dès lors qu'il ne s'agissait pas d'une maladie primitive de l'estomac, mais bien d'un trouble gastrique subordonné à l'ataxie locomotrice progressive.

L'erreur de diagnostic aurait pu être évitée, je le crois, si l'on avait eu présente à l'esprit l'histoire naturelle des crises gastriques tabétiques, non seulement dans leur type vulgaire, classique, mais encore dans les formes très variées, souvent paradoxales en apparence et presque méconnaissables qu'elles peuvent revêtir. Cette question, Messieurs, me paraît digne de tout votre intérêt; je me propose de m'y arrêter un instant en manière de préambule; après cela, nous aborderons avec plus de profit l'étude clinique de notre malade.

Si l'apparition dans le cours du tabes de troubles gastriques particuliers se trouve notée incidemment dans un certain nombre d'observations anciennes, c'est à M. Delamarre qu'appartient le mérite d'avoir affirmé, dans une thèse qui date de 1866 et qui fut inspirée par Raynaud, la connexité qui existe entre ces troubles et la lésion spinale. Mais on chercherait en vain dans le travail de M. le Dr Delamarre; ainsi que dans ceux qui furent publiés durant les cinq ou six années suivantes, un exposé précis du type prédominant, et permettant de séparer cliniquement les troubles qui appartiennent en propre au tabes de ceux qui peuvent lui être adjoints par le fait d'une coïncidence fortuite. Cette description caractéris-

FEUILLETON

SUR LES ÉCRITS ENCORE INÉDITS DES ANCIENS MÉDECINS GRECS ET SUR CEUX DONT LE TEXTE ORIGINAL EST PERDU, MAIS QUI EXISTENT EN LATIN OU EN ARABE.

(*Extrait d'un travail sur ce sujet encore inédit*).

(*Suite*) (1)

XXIII. ΛΌΓΟΣ ΚΑῚ ΠΟΊΗΜΑ ΚΑῚ ΠΡΟΟΊΜΙΟΝ ἸΩΆΝΝΟΥ ἈΡΧΙΑΤΡΟΥ̃ περιέχων συνοπτικῶς πάντων τῶν παθῶν καὶ τῶν ἀδήλων τὰς θεραπείας. JEAN L'ARCHIATRE, auteur inconnu, a écrit un *Synopsis de thérapeutique*. Il se trouve dans les Mss. de Paris, nos 2224, 2236, 2316, et Suppl. grec, no 634; et, de plus, dans le no 288 de Munich.

XXIV. ΣΤΕΦΆΝΟΥ ΜΆΓΝΗΤΟΣ ἘΜΠΕΙΡΙΚΑ. Étienne de Magnésie, auteur d'un âge inconnu, a composé un *Traité de thérapeutique empirique* qui se trouve dans le Ms. grec de Paris, 2298.

(1) Voir les numéros précédents.

XXV. Un grand nombre de petits traités anonymes ou avec le nom de l'auteur existent encore inédits dans divers manuscrits de Paris et de l'étranger. Les plus importants sont les suivants :

1. Un traité anonyme sur l'optique, dans le Supplément grec de Paris, Ms. 12, fol. 36.

2. Un fragment sur l'écho et le son dans le Ms. grec de Paris, 2696, fol. 1 à 2.

3. Un traité physiognomonique anonyme sous le titre Τάγνωμικά φυσικὰ τοῦ ἀνθρώπου, dans le Ms. grec de Paris, 2291 A fol. 320 à 324 vo.

4. Un écrit anonyme qui contient la solution des divers problèmes médicaux et physiologiques, existe dans les Mss. grecs de Paris, 2261, fol. 163 à 196, et 2652, fol. 49 à 78, sous le titre : Λύσεις εἰς τὰ προβληθέντα ἱπποκράτεια ἰατρικὰ καὶ φυσικὰ ζητήματα.

5. Un traité anonyme d'ophthalmologie et d'otologie dans le Ms. grec de Paris, 2178, fol. 44 à 53 vo.

6. Un écrit anonyme et sans titre, mais très important, contenant cinquante-sept questions médicales, existe dans le Ms. grec de Paris, 985, fol. 80 à 89 vo.

tique a été formulée, si je ne me trompe, pour la première fois, dans les leçons que j'ai faites à la Salpêtrière en 1872 et qui ont été publiées, cette année-là, dans le *Mouvement médical*. Je vais vous rappeler cette description en y ajoutant toutefois quelques traits intéressants qui n'avaient pas encore été remarqués à cette époque.

Les crises gastriques peuvent sans doute apparaître à une phase avancée de l'évolution du tabes, mais le plus souvent elles appartiennent à la période de la maladie où l'incoordination motrice n'existe pas encore et que j'appelais à l'époque la « période des douleurs fulgurantes ». On a proposé tout récemment de désigner cette phase de la maladie dont j'ai indiqué, le premier, les grands caractères, et qui quelquefois se prolonge indéfiniment sans jamais aboutir aux troubles locomoteurs, la dénomination mieux appropriée de *période préataxique* à laquelle je souscris bien volontiers.

Aux termes de ma description les crises gastriques se rencontrent souvent dans cette période soit associées à d'autres troubles viscéraux du même ordre, soit presque isolées et représentant à elles seules, pendant plus ou moins longtemps, la maladie tabétique. Ce que je disais à cet égard en 1872 est aujourd'hui encore parfaitement exact. Je ne vois rien d'essentiel à y ajouter.

Les crises *typiques* sont essentiellement constituées par 1° des douleurs cardialgiques violentes, atroces parfois, s'irradiant dans l'abdomen et dans le dos; 2° des vomissements presque incessants, incoercibles; les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis muqueuses, glaireuses, quelquefois bilieuses ou sanguinolentes. Les vomissements noirs sont véritablement très rares. Le cas de notre malade d'aujourd'hui et un autre fait du même genre observé par Vulpian sont les seuls exemples de cette anomalie que j'ai rencontrés.

Le début de la crise gastrique est généralement soudain. Pendant une période dont la durée varie de trois à dix jours, rarement plus, les douleurs et les vomissements se succèdent sans cesse et sans trêve; l'ingestion d'un liquide quelconque exaspère à la fois les vomissements et les douleurs.

Et voilà que tout à coup tous ces accidents s'apaisent et disparaissent comme par enchantement et le sujet délivré de son mal peut immédiatement sentir le besoin de manger, faire un repas copieux et digérer sans la moindre difficulté. Le contraste est frappant, le malade passe sans transition d'un état grave, inquiétant, à un état de santé en apparence parfaite.

Une particularité qui mérite d'être relevée, c'est qu'en outre de l'abattement causé par la répétition incessante des vomissements et la suppression totale de l'alimentation, on peut voir se produire certaines perturbations graves de l'état général. Parfois c'est une sorte d'indolence, de dépression, de stupeur même qui rend le malade à peu près incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse; parfois ses extrémités sont froides, d'une teinte violacée. cela rappelle l'algidité cholérique. Vous concevez aisément combien il importe pour le diagnostic de bien connaître ces différents aspects de la crise tabétique.

Autre caractère important : la crise gastrique ne constitue jamais un épisode unique; après la première crise, d'autres crises semblables se succèdent à des intervalles de durée variable suivant les sujets; souvent les retours de la crise affectent chez le même individu une périodicité régulière, l'état de mal reparaissant par exemple tous les deux ou trois mois.

Avec ces caractères cliniques si originaux, les crises gastriques, lorsqu'elles sont associées à d'autres syndromes de la série tabétique, ne sauraient être méconnues: on peut voir, par exemple, les crises de douleurs fulgurantes, les crises vésicales ou rectales coexister ou bien alterner avec elles. Il est à remarquer que certains syndromes tabétiques s'associent plus fréquemment que les autres, par une sorte de prédilection, aux crises gastriques ; telles sont les arthropathies et les crises laryngées. La coïncidence de ces dernières et des crises gastriques n'a rien qui doive surprendre. Vous n'ignorez pas, en effet, que d'après les observations anatomiques de MM. Pierret, Jean, Demange et Oppenheim, ces troubles laryngés et gastriques relèvent d'une lésion des noyaux bulbaires du spinal et pneumogastrique. Par contre, nous avons constate, M. Vulpian et moi, chez des tabétiques qui avaient souffert pendant longtemps de crises gastriques, l'absence de toute altération soit de la muqueuse de l'estomac, soit des nerfs ou des ganglions du plexus solaire.

On peut guérir des crises gastriques, mais on peut aussi en mourir et alors c'est pendant la crise, au milieu de symptômes de collapsus que la terminaison fatale a lieu.

Tel est, Messieurs, suivant moi, ce qu'on pourrait appeler le *paradigme* des crises gastriques.

Il semble qu'en présence d'un syndrome clinique si original, si accentué, toute méprise est impossible, et que la constatation de cet accident doit suffire à elle seule pour entrainer

---

B. ÉCRITS DONT LE TEXTE GREC EST PERDU, MAIS QUI EXISTENT EN LATIN ET EN ARABE

I. ἹΠΠΟΚΡΆΤΗΣ. LIVRES HIPPOCRATIQUES. Le traité des *Semaines*, περὶ ἑβδομάδων ἢ τὸ πρῶτον περὶ νούσων τὸ μικρότερον, qui a eu un grand crédit dans l'antiquité, n'existe actuellement qu'en latin, publié dans l'édition de Littré (tom. VII, page 634 et tom. IX, page 433[1]. On ne trouve en grec que quelques fragments publié par Littré et un autre fragment peut-être inédit dans le Ms. Y.-III.-16, de l'Escurial, occupant une page, folio 1, verso.

II. ΓΑΛΗΝΌΣ. LIVRES GALÉNIQUES. — Parmi les écrits de Galien dont le texte grec est perdu, il y a trois ouvrages en traduction arabe encore inédits.

1. Γαληνοῦ περὶ ἀνατομικῶν ἐγχειρήσεων. Dans les *Administrations anatomiques*, qui consistaient en quinze livres, ouvrage très précieux, la plus grande partie du livre IX et les livres X à XV n'existent qu'en arabe et ils sont inédits. On les trouve dans les Manuscrits arabes 567 et 570 de la Bibliothèque Bodléienne à Oxford; une copie de la partie inédite existe à Paris dans le supplément arabe 1002[2], copie faite par les soins de Daremberg.

2. Ἱπποκράτους ἐπιδημιῶν Β καὶ Γαληνοῦ εἰς αὐτὸ ὑπομνήματα ς′. Les *Commentaires* de Galien sur le IIe livre des *Épidemies d'Hippocrate*. consistaient en six livres, ouvrage d'une importance capitale. Les second et troisième livres galéniques existent en grec et en latin, mais tout à fait mutilés ; les six commentaires de Galien se trouvent en entier, à l'état d'intégrité, en arabe, dans un manuscrit de la bibliothèque ambrosienne, à Milan. Une copie de ce manuscrit est à Paris, n° 2002[3] du supplément arabe, fol. 1 à 195.

Ἱπποκράτους ἐπιδημιῶν ς′ καὶ Γαληνοῦ εἰς αὐτὸ ὑπομνήματα η′. Les commentaires de Galien sur le VIe livre des *Epidemis d'Hippocrate* composés en huit livres sont une des plus intéressantes œuvres de Galien. Les six premiers ont été publiés en grec; une partie du sixième, le septième et le huitième, dont le texte primitif est perdu, existent en arabe. Une copie du sixième livre, des septième et huitième, est contenue dans le supplément arabe n° 2002[3], fol. 195 v° à 319, à Paris.

Il y a beaucoup d'ouvrages de Galien, soit authentiques, soit apocryphes, qui n'existent qu'en latin, publiés dans l'édition de Chartier ou dans celle des Junte. Les principaux sont les suivants :

aussitôt le diagnostic de la maladie tabétique. Cependant, M. le professeur Leyden de Berlin a proposé d'introduire dans les cadres nosologiques certaines *crises gastriques* possédant tous les caractères cliniques indiqués plus haut, mais indépendantes du tabès, et constituant par conséquent une espèce autonome. J'ai lu attentivement les observations de M. Leyden; j'y ai vu signalées « des douleurs rapides dans les membres » accompagnant ou précédant les troubles gastriques, d'autres fois on a noté du strabisme; d'autres fois encore une « paralysie (?) des membres inférieurs ». Aussi, malgré la confiance absolue que j'ai dans la sévérité clinique de M. Leyden, mon impression est, que l'existence de *crises gastriques* en tout semblables à celles du tabes et totalement étrangères à cette affection. n'est pas encore démontrée.

Tout récemment, M. le Dr Debove a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (séance du 23 janvier 1889) un fait de cet ordre; dans ce cas, aucun symptôme de la série tabétique n'accompagne les crises. Celles-ci sont véritablement typiques et durent depuis six ans et M. Debove conclut, d'après cette observation, comme M. Leyden, à l'existence de crises gastriques indépendantes du tabes. Je demanderai cependant à rester sceptique et à attendre de nouvelles observations. Les crises gastriques peuvent, on le sait, précéder pendant une période de trois, quatre, cinq ans, l'apparition de l'ataxie; un délai de six ans ne dépasse donc pas la mesure du possible, et rien ne dit que d'un jour à l'autre le tabes ne se révélera pas définitivement, chez le malade de M. Debove, par l'adjonction de quelques symptômes décisifs.

Venons maintenant au chapitre des formes anormales des crises gastriques du tabes.

1° Dans un premier groupe de cas la crise gastrique conserve tous ses caractères fondamentaux, mais elle s'écarte du type classique par l'intensité insolite de quelques-uns de ses symptômes. Parfois, les douleurs se montrent véritablement atroces, le malade se roule sur son lit en poussant des cris, vomit à chaque instant; le tableau clinique ne simule plus alors les accidents de l'ulcère rond ou la simple gastralgie, mais bien plutôt une colique hépatique ou néphrétique, ou bien encore un empoisonnement. D'autres fois, il y a une prédominance telle des symptômes de collapsus dont je vous ai déjà parlé, que le sujet, algide, cyanosé, à peine conscient, plongé dans un état de prostration extrême peut fort bien être pris pour un cholérique, un urémique, etc. J'ai donné des soins à un malade de ce genre que ses occupations obligeaient à voyager sans cesse. Les crises gastriques, accompagnées de collapsus, étaient interprétées de diverses façons, suivant les pays où elles apparaissaient. En Angleterre, c'était de la « goutte remontée à l'estomac »; en Italie, une fièvre pernicieuse algide, etc. Je l'avais engagé à porter toujours avec lui une pancarte où se trouvait écrit le vrai diagnostic, destinée à être placée sous les yeux des médecins afin de leur épargner les tatonnements. Je ne sais s'il a suivi mon conseil.

Enfin il est des cas dans lesquels la stupeur des malades prend les proportions d'un état comateux; le clinicien est alors conduit à penser qu'il s'agit d'une affection cérébrale organique, d'une néoplasie intracranienne, par exemple. Un fait de cet ordre m'a été communiqué par mon interne, M. Dutil.

2° Il peut arriver que, tout en conservant leur caractère de périodicité, les crises gastriques ne soient plus représentées que par des douleurs. Alors les vomissements font défaut, et les accès sont constitués, ainsi que l'a bien montré M. A. Fournier, par la succession d'une série de douleurs véritablement « crampoïdes », des plus pénibles, atroces même dans quelques cas. Mais ces douleurs se produisent *à sec*; elles ne s'accompagnent de vomissements ni alimentaires, ni muqueux et se manifestent toujours sous la forme intermittente, par accès. Mon ancien interne M. le docteur Blocq, m'a communiqué une observation qu'il a recueillie autrefois, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le docteur Kelsch et qui rentre dans cette catégorie.

3° Dans un troisième groupe de cas, les vomissements et les autres accidents de la crise existent, mais les douleurs font défaut. Des faits de cet ordre ont été observés par Vulpian, par M. le professeur Fournier. Une observation du professeur Pitres, publiée dans e *Journal de médecine de Bordeaux*, appartient à la même série. Il s'agit dans ce cas d'un homme de 50 ans chez lequel les crises gastriques, représentées uniquement par des vomissements et le malaise qui accompagne nécessairement l'état nauséeux, ont constitué pendant près de trois ans l'unique manifestation de l'affection spinale.

4° On peut voir aussi, mais la chose est rare, les crises se rapprocher au point de devenir quotidiennes, en même temps que leur durée se raccourcit.

5° Par contre, il est plus fréquent de voir la crise s'allonger

---

1. Περὶ τῶν προκαταρκτικῶν αἰτίων. Le traité de *Causis protacarcticis*, une des œuvres de Galien, est divisé en trois chapitres et remplit dix pages de Chartier. Il y soutient avec beaucoup d'arguments l'existence des causes procatarctiques et réfute avec ardeur les sophismes des anciens philosophes et les opinions d'Erasistrate et d'Hérophile.

2. Τῆς ἐμπειρικῆς ἀγωγῆς ὑποτύπωσις. L'écrit *Empiricæ institutionis deformatio* est aussi de Galien lui-même. Divisé en treize chapitres, il remplit trois pages de Chartier et il contient la doctrine de la médecine empirique.

3. Περὶ θώρακός τε καὶ πνεύμονος κινήσεως. Le traité de *motu thoracis et pulmonis* est un des trois livres perdus de Galien sur ce sujet, ou peut-être un extrait. Composé de sept chapitres il remplit six pages de Chartier.

4. Εἰ πάντα τὰ μόρια τοῦ γεννωμένου ζώου συγγίνεται. *An omnes partes animalis, quod procreatur, fiant simul.*

5. Περὶ τῆς τῶν φωνητικῶν ὀργάνων ἀνατομῆς. Le traité *Vocalium instrumentorum dissectio* est un extrait de quatre livres perdus de Galien sur la voix, et de même le suivant :

6. Περὶ φωνῆς τε καὶ ἀναπνοῆς. *De voce et anhelitu.* Ce traité est composé de quatre petits traités qui, en tout, remplissent trois pages de Chartier.

7. Περὶ τῆς τῶν ζώντων ἀνατομῆς. *De anatomia vivorum*, traite de vingt-sept chapitres, occupe vingt-quatre pages; c'est un abrégé de l'anatomie, le titre ne correspond pas au contenu.

8. Περὶ κινήσεων γνωστῶν τε καὶ ἀπόρων. Le livre de *motibus manifestis et obscuris*, remplit huit pages en onze chapitres.

9. Περὶ τῆς τῶν ὀφθαλμῶν ἀνατομῆς. L'écrit *de anatomia oculorum*, composé de trois chapitres, occupe deux pages de Chartier.

10. Περὶ ὀφθαλμῶν. *De oculis liber* est un ouvrage très important, en quatre sections, occupant vingt pages.

Les quatre derniers livres sont manifestement apocryphes, mais ils sont tirés en grande partie des œuvres perdues de Galien et ne manquent pas d'importance. Il y a de plus d'autres traités tirés en latin, apocryphes mais peu remarquables.

Dr Costomiris,
Professeur agrégé, à Athènes.

(*A suivre.*)

extraordinairement, durer quinze, vingt jours, un mois et même plus, tandis que les intervalles deviennent plus courts. Ces faits conduisent par une transition ménagée à ceux où les accidents de la crise (douleurs, vomissements, inappétence, etc), s'établissent en permanence pendant plusieurs mois, neuf mois dans un cas de M. Puzzard. Dans ces faits exceptionnels, le caractère de périodicité des crises gastriques se trouve marqué encore, malgré la continuité de l'état de mal, par des exacerbation et des accalmies alternantes. Le malade que vous avez sous les yeux appartient justement à cette dernière catégorie. Voici quelle est son histoire clinique :

Il s'agit, vous le voyez, d'un homme bien constitué, solide d'apparence. Sa maladie, nous dit-il, a commencé le 3 décembre 1883. Il n'avait jamais été malade auparavant. Seulement durant les cinq ou six mois qui précédèrent le début de son mal, ses digestions étaient pénibles, il avait du dégoût pour la nourriture et il était souvent tourmenté par le hoquet. Il y a donc eu dans ce cas des prodromes. Quoi qu'il en soit, le 3 décembre 1883, le matin, en se réveillant, il a ressenti tout à coup dans le ventre des douleurs vives qui ont remonté vers la région épigastrique et s'y sont fixées. Ces douleurs étaient à peu près incessantes et accompagnées de vomissements noirs qui se reproduisaient environ toutes les trois heures. Tout cela a persisté pendant une dizaine de jours. Après quoi, les douleurs et les vomissements ayant disparu, il est resté un dégoût très prononcé pour les aliments ; le lait, le champagne, le koumis étaient seuls supportés. Pendant la durée de la crise initiale le malade était fort engourdi, presque inconscient ; le premier jour il n'a pas reconnu ses parents. A partir de cette époque, les crises ont reparu régulièrement tous les trente-huit jours ; dans l'intervalle des crises il ne vomissait pas, il ne souffrait pas, il était presque bien ; seulement l'inappétence et un certain degré de faiblesse générale persistaient. Les vomissements noirs, pendant la crise, ne venaient pas tout de suite, ils étaient presque toujours précédés par des vomissements alimentaires jaunâtres ou glaireux, sans caractère particulier. Ces vomissements noirâtres ne se montraient jamais en dehors des crises.

Vous le voyez, Messieurs, malgré quelques anomalies, telles que l'existence de prodromes, la persistance d'un certain état de malaise et de quelques troubles digestifs dans les périodes intercalaires, les caractères fondamentaux de la crise tabétique se retrouvent aisément dans ce cas. Pour ce qui est des vomissements noirs, ils sont, à la vérité, chose rare en pareille circonstance, mais leur présence n'est pas faite, je pense, pour dérouter le médecin, et il n'est nullement nécessaire pour s'en rendre compte d'imaginer la complication de quelque lésion organique de l'estomac, étrangère au tabes. Le vomissement noir ne se montre jamais que pendant la crise et l'on est en droit de penser que le processus qui, dans la muqueuse gastrique prépare son développement, est semblable à celui qui, suivant les observations de M. le professeur Straus, détermine chez certains tabétiques, l'apparition d'ecchymoses cutanées, à la suite des accès de douleurs fulgurentes.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'à la suite de la première crise le malade était resté extrêmement faible, sans appétit et se nourrissant à peine.

On le crut atteint d'abord d'un cancer de l'estomac et plus tard d'un ulcère simple : on le traitait en conséquence. Pendant trois ans on le soumit à la diète lactée ; on l'envoya à Vichy, puis à Châtel-Guyon. C'est là, en 1886, trois ans après le début des accidents gastriques qu'on commença à soupçonner qu'il pourrait être ataxique. Les crises n'ont pas encore cessé ; elles sont un peu moins fréquentes mais tout aussi intenses qu'autrefois. Cependant dans ces derniers temps une modification importante s'est produite. Dans l'intervalle des crises, en effet, le malade n'est plus dégoûté des aliments; son estomac, dit-il, s'est remis à peu près complètement et il s'alimente comme tout le monde.

Je vous ai dit au début de cette leçon que, suivant moi, on eût pu chez notre malade, même dès l'origine des troubles gastriques, reconnaître la véritable nature du mal et éviter l'erreur qui a été si longtemps entretenue. Ainsi que vous avez pu en juger par la description de ses accidents gastrique, il est facile, en vérité, de démêler à travers les anomalies de ce cas, les caractères essentiels du syndrome tabétique. Mon assertion sera justifiée plus encore et pleinement légitimée par l'exposé qui va suivre. Vous allez voir que dès le commencement de la maladie les crises gastriques se trouvaient associées à quelques symptômes bien caractérisés de la série tabétique, de manière à constituer un complexus parfaitement significatif, du moins pour un observateur expert en pareilles matières.

Dès l'origine du mal, à l'époque de la première crise gastrique, le malade était tourmenté par une toux sèche, incessante et qui étonnait les médecins; de plus il avait la voix rauque et basse. Actuellement sa voix a conservé son caractère bitonal et, quand la respiration se précipite, on entend à chaque inspiration un léger cornage. Ces jours-ci, M. Cartaz a pratiqué l'examen du larynx chez notre malade et il a constaté une paralysie incomplète de la corde vocale gauche. Tout cela, remarquez-le bien, eût pu être reconnu il y a cinq ans. Ce n'est pas tout ; M. Cartaz a constaté encore une hypéresthésie très accentuée de la muqueuse laryngée dans la région des cordes vocales supérieure et inférieure; cette hypéresthésie nous donne la raison de certaines crises laryngées qui, dès le commencement, ont joué un rôle important dans l'histoire clinique de notre patient. Il raconte en effet qu'étant à Vichy, en 1884, après sa septième ou huitième crise d'estomac, il ressentit un jour, un chatouillement à la gorge; il se mit à tousser aussitôt d'une toux rauque et quinteuse et tout à coup il tomba à terre, absolument privé de connaissance. Quand il revint à lui, quelques instants après, il se trouva couché par terre, fort étonné de ce qui lui était arrivé Depuis lors cet accident s'est reproduit plusieurs fois. « Parfois, dit-il, les choses ne vont pas si loin. Je sens un chatouillement dans le côté droit du larynx, comme si on me passait une barbe de plume dans le gosier, je me mets à tousser d'une toux sifflante et je suis menacé de suffoquer; mais je ne tombe pas et je ne perds pas connaissance ». Ce récit du malade est fort intéressant; il résume, en quelque sorte, tous les accidents laryngés possibles du tabes, accidents permanents à savoir: voix ranque, dysphonique, cornage; accidents transitoires et paroxystiques, c'est-à-dire : accès de toux coqueluchoïde, crises laryngées spasmodiques avec tendance à la suffocation et enfin ictus laryngés.

N'est-il pas clair que tous ces symptômes laryngés si caractéristiques, associés aux crises gastriques que vous savez, eussent suffi, pour peu qu'on y eût pris garde, pour établir le véritable diagnostic. La chose est évidente et il n'est guère utile d'insister. J'ajouterai seulement que dès l'année 1885, le malade avait ressenti des douleurs fulgurantes parfaitement caractérisées. L'incoordination motrice est apparue seulement en 1886, c'est-à-dire il y a trois ans. Actuellement, les symptômes tabétiques relevés par l'étude de l'état actuel sont nombreux. Pendant la marche les jambes sont à chaque pas comme projetées et retombent lourdement sur le sol. Le signe de Romberg est très accentué; les réflexes rotuliens sont ab-

sents; le signe d'Argyll Robertson est bien accusé; le malade a des besoins fréquents d'uriner et parfois les urines s'écoulent involontairement à la moindre émotion.

En raison de l'apparition précoce du tabes chez cet homme (vers l'âge de 30 ans), on devait s'attendre à rencontrer dans ses antécédents héréditaires des tares nerveuses plus ou moins accentuées. Cependant l'étude de sa famille ne nous a rien appris. Il n'a jamais eu la syphilis; les fatigues corporelles non plus que les émotions morales ne sauraient être incriminées. C'est un de ces cas, en somme, et ils sont fort nombreux encore, où l'ataxie procède on ne sait d'où et vient on ne sait comment.

CLINIQUE MÉDICALE

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ DE LA FACE, DU COU ET DE LA POITRINE DANS UN CAS DE DIPHTÉRIE GRAVE,

par le Dr Paul FABRE (de Commentry).

H. M..., âgé de 19 ans, domestique dans un collège de Montluçon, rentre chez ses parents, près de Ronnet, à la fin de mai, atteint d'une angine diphtéritique dont il meurt la nuit suivante à 3 heures du matin. En même temps qu'il avait quitté Montluçon, on avait emporté à Marcillat, le cadavre d'un élève mort de la diphtérie la veille, cadavre qu'il avait accompagné.

Trois semaines après, le neveu de H. M..., âgé de 3 ans, est pris d'angine diphtéritique; il meurt le 26 juin. Le 27, la mère de cet enfant, âgée de 24 ans, se plaint de la gorge. Je la vois le mardi, 3 juillet, au matin, en pleine campagne. L'arrière-gorge, le voile du palais et les amygdales, surtout à droite, sont encombrés de fausses membranes qui remplissent l'intervalle existant entre le voile du palais et le pharynx. Les narines en sont obstruées. Ces fausses membranes sont excessivement adhérentes et semblent très épaisses. Le pouls est à 136. La température axillaire à 7 heures du matin s'élève à 39°6. Ce qui frappe au premier abord et ce qui avait surtout inquiété l'entourage, c'est un emphysème traumatique dans tout le tissu cellulaire du cou à droite, autour du sein droit et jusque sous l'aisselle du même côté.

Les parents, qui étaient venus demander mon assistance, m'avaient dit que la malade avait le cou semblable à la peau d'un animal insufflé, car ils avaient constaté, au toucher, la crépitation caractéristique de l'emphysème sous-cutané. Cet emphysème, me raconte la malade, serait survenu brusquement le samedi précédent, le 30 juin, dans un effort de vomissement.

La voix est fortement nasonnée; mais il n'y a pas d'aphonie.

La pâleur de la peau est extrême, même dans les parties non envahies par l'emphysème. Une légère pression dans la région lombaire provoque de la douleur. Les urines étant rares, très rouges, je pense à l'albuminurie et, je demande qu'on m'envoie un petit flacon de ces urines dès qu'on le pourra. Je n'en reçus point. Le lendemain, 4 juillet au soir, la malade mourait en pleine vigueur apparente, asphyxiée, étouffée. Insufflations de tannin, ingestion de cubèbe, badigeonnages antiseptiques, etc., etc., rien n'avait pu arrêter la marche de l'affection et empêcher la terminaison fatale.

Ce qui m'a paru intéressant à signaler, c'est la production subite d'un emphysème sous-cutané qui a dû contribuer à hâter la mort. C'est en effet, la première fois que j'ai observé cet accident et sans avoir eu le temps suffisant pour consulter tous les auteurs à ce point de vue, je crois que l'emphysème sous-cutané survenant brusquement dans les cas de diphtérie est une des complications les plus rares de cette affreuse maladie! . . .

REVUE DES JOURNAUX

TOXICOLOGIE.

I. — INTOXICATION AIGUE PAR LE NITROBENZOL ET L'ESSENCE DE MIRBANE, par le Dr REYNOLS. *The medical Chronicle* mai 1889, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1889, n° 74, p. 851.

II. — EMPOISONNEMENT PAR LA ROBURITE, par le Dr ROSS. *Ibidem.*

III. — SUR L'AMBLYOPIE ET LES ACCIDENTS TOXIQUES CAUSÉS PAR LA ROBURITE, par le Dr NIEDEN *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, juillet 1888.

IV. — UN CAS D'EMPOISONNEMENT AIGU MORTEL PAR LE TABAC A FUMER, CHEZ UN ENFANT DE 13 ANS, par le Dr C. BROOMHEAD. *The Medical Chronicle*, mars 1889.

V. — UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE CITRATE DE CAFÉINE, par le Dr GERATY. *The medical Chronicle*, 2 février 1889.

VI. — INTOXICATION PAR L'ACIDE CHROMIQUE EMPLOYÉ POUR CAUTÉRISER UNE AMYGDALE, par le Dr FOWLER. *British Medical Journal*, 18 mai 1889.

VII. — UN CAS D'INTOXICATION PAR LE BICHROMATE DE POTASSE, par le Dr STEWART. *British Medical-Journal* et *Deutsche Medizinal-Zeitung* 1889, n° 74, p. 853.

VIII — PURPURA HÉMORRHAGIQUE A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE L'IODURE DE POTASSIUM, par le Dr J. H. WILSON. *British Medical Journal* 1889, p. 1470.

IX. — UN CAS D'INTOXICATION PAR LE BROMURE D'HYOSCINE par le Dr PRENTISS. *The Therapeutic Gazette*, juin 1889, p. 386.

X. — SUR L'ECZÉMA CONSÉCUTIF A L'USAGE EXTERNE DE LA CRÉOLINE, par le Dr WACKEZ. *Therapeutische Monatshefte*, 1889, p. 264.

I. — Lorsque l'on ajoute du benzol à de l'acide nitrique, et que l'on mélange le tout avec de l'eau, il se dépose une matière huileuse, légèrement jaunâtre, qui n'est autre que le nitrobenzol ($C^6H^5AzO^2$). Ce corps a une odeur qui rappelle jusqu'à un certain point celle des amandes amères; on l'utilise dans le commerce de la parfumerie sous le nom d'essence de mirbane. Sous l'influence des corps réducteurs il se transforme en amidobenzolaniline. Il est d'une extrême toxicité. M. Reynols a observé un cas d'intoxication aiguë par le nitrobenzol, dont voici la relation abrégée :

Un ouvrier de 25 ans, employé à la fabrication de l'aniline, fut transporté à l'hôpital en état de syncope; il avait toute la surface du corps envahie par une teinte d'un bleu foncé. Aux applications d'un courant faradique intense il réagissait par des froncements et des grimacements. Les pupilles, d'un diamètre normal, réagissaient à la lumière. Pouls régulier (100); respiration (32) se faisant suivant le type connu sous le nom de phénomène de Cheyne-Stokes. L'haleine du sujet répandait l'odeur de l'essence d'aniline.

Après qu'on eut touché la figure du malade, celui-ci se réveilla en sursaut, se plaignant d'une grande faiblesse et de violents maux de tête. L'urine, claire, abondante, ne contenait ni sucre, ni albumine, ni sang, ni globuline, mais des traces de matière colorante biliaire et une grande quantité d'urée. Le malade racontait que dans les derniers temps il avait été chargé de la préparation d'un mélange composé d'acide nitrique, d'acide phénique, d'acide sulfurique et d'essence de mirbane. Pendant ce travail il a été constamment exposé aux émana-

tions de ce mélange. Cela dura un jour; le lendemain il fut pris de céphalalgie et de gastralgie, au point qu'il dut interrompre son travail. Après deux jours passés à l'hôpital, le malade était complètement rétabli.

II. — La roburite, le nouvel explosif, est constitué en majeure partie par du dinitrobenzol ($C^6H^4Azo^2)^2$. On l'obtient en ajoutant du benzol, à un mélange d'acide nitrique et d'acide sulfurique. Sa combustion fait dégager des vapeurs de nitrobenzol. M. J. Ross a observé six cas d'empoisonnement chronique survenus chez des individus occupés à la manipulation de la roburite. Le plus souvent l'explosif ne venait pas en contact avec les doigts des ouvriers et quand cela arrivait, les mains étaient aussitôt lavées avec le plus grand soin.

Le principal symptôme de cet empoisonnement a consisté dans une anémie aiguë très prononcée, survenant chez des hommes vigoureux, et dans une teinte bleuâtre des lèvres, avec présence d'une grande quantité d'urée et traces de matières colorantes biliaires dans les urines, preuve qu'il se faisait une destruction très active de l'hémoglobine. Puis les malades se plaignaient de fourmillements et d'une sensation d'engourdissement dans les mains et les pieds ; d'une sensibilité exagérée des doigts au froid, se manifestant surtout quand les mains étaient immergées dans l'eau froide; d'une faiblesse musculaire et d'une grande difficulté à exécuter certains mouvements avec les doigts (atrophie des muscles des mains). Chez quelques malades, il y avait abolition ou diminution d'intensité du phénomène du genou, comme au début des névrites périphériques. Tous les malades accusaient de la dyspnée, de la gêne respiratoire, de la céphalalgie, des nausées. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. Un des malades racontait que lorsqu'il regardait en l'air, il lui semblait qu'il était aveugle. D'autres se plaignaient d'avoir de l'épiphora, des éblouissements lorsqu'ils étaient en pleine lumière. Les malades se sont rétablis spontanément, après être restés quelque temps éloignés de leur travail.

III. — Après avoir signalé que la combustion de la roburite dégage du nitrobenzol (essence de mirbane) qui, au contact d'un corps réducteur, ou lors de son passage à travers l'organisme animal, se transforme en aniline, M. Nieden entre dans quelques développements relatifs aux effets toxiques de ce poison. Ces effets toxiques sont les mêmes que ceux de l'acide prussique, sauf qu'ils sont moins intenses et moins rapides à se produire. Le sang au lieu de prendre une teinte rouge-cerise comme dans les cas d'empoisonnement par l'acide prussique, est d'un rouge brun foncé. Dans les deux cas, on observe les mêmes troubles de l'innervation, qui affectent principalement l'appareil circulatoire.

Comme principaux symptômes de l'empoisonnement par les vapeurs de nitrobenzol, M. Nieden a observé de la dyspnée, des palpitations, de l'irrégularité et de la faiblesse du pouls, cyanose intense, coloration foncée de toutes les muqueuses, stase sanguine des vaisseaux de l'œil, diminution considérable de l'acuité visuelle, rétrécissement concentrique du champ visuel, notamment pour la perception du blanc et du bleu.

Chez un malade qui était sous le coup d'une intoxication par le nitrobenzol, les accidents se sont dissipés en l'espace de huit semaines, à la suite d'un traitement par les toniques du cœur, digitale et spartéine, complété par un régime reconstituant. Déjà au bout de quinze jours était survenue une amélioration très grande.

Relativement au degré de toxicité du nitrobenzol, l'auteur rappelle qu'une statistique dressée par Eulenburg annonce 14 décès (34 0/0) sur 44 d'empoisonnement par ce toxique. Dans 5 cas, l'empoisonnement avait été causé par l'inhalation de vapeurs de nitrobenzol. D'autre part M. Nieden signale que la fréquence de ce genre d'empoisonnement est considérable (78 0/0), chez les ouvriers employés à la manipulation de la roburite, dans la fabrique installée à Witten, en Allemagne. Il est vrai que, jusqu'ici, la plupart des cas se sont terminés par guérison complète.

IV. — M. Broomhead publie l'observation d'un garçon de 13 ans, d'une bonne santé habituelle, qui ayant fumé un assez grand nombre de cigarettes fortes, éprouva tout-à-coup des envies de vomir, qu'il alla satisfaire dans les cabinets d'aisances. On le trouva là, évanoui, et on le transporta au domicile de ses parents. Lorsque M. Broomhead se trouva en présence du petit malade, celui-ci était en proie à des convulsions qui affectaient surtout le caractère tonique; la peau était blême, froide, les conjonctives ne réagissaient plus aux attouchements; les pupilles étaient rétrécies, la respiration ralentie, stertoreuse; le pouls était également ralenti, très faible, intermittent. Malgré l'emploi des injections souscutanées d'éther, l'enfant succomba au bout de quelques heures. Les faits de ce genre, connus jusqu'à ce jour, sont en très petit nombre, ce qui donne de l'intérêt à l'observation de M. Broomhead.

Dans le même recueil et à la même date, M. Wilkmson relate le cas d'une femme de 48 ans, qui ingurgita une infusion préparée avec 15 grammes de feuilles de tabac, pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires. Au bout de 2 minutes, cette femme se mit à rendre par le haut et par le bas. La peau devint pâle et froide sur toute la surface du corps, le pouls petit, intermittant; les conjonctives étaient insensibles, les pupilles dilatées. La malade ne voyait plus clair du tout. Sous l'influence des excitants elle finit par se rétablir.

V. — M. Geraty relate un cas d'empoisonnement par le citrate de caféine, qui n'a peut-être pas son analogue dans les recueils de la littérature médicale. Le fait concerne une dame sujette à la migraine, qui, au moment d'un accès, prit par méprise 12 grammes de citrate de caféine à la place de café ordinaire. Peu d'instants après que cette erreur eut été commise, M. Geraty fut mandé auprès de la dame, qui ne se plaignait encore que d'un malaise. Avant de prescrire un vomitif, le médecin conseilla à sa cliente de manger une soupe. Ce léger repas fut suivi d'une syncope. Un quart d'heure environ après l'ingestion de la caféine, l'état de la victime était le suivant:

Perte incomplète de la connaissance, grande dépression psychique, pâleur, résolution de tous les muscles, somnolence très prononcée; pouls ralenti, faible, très dépressible; respiration suspirieuse.

Le traitement consista dans l'admistration d'un vomitif (5 milligrammes d'apomorphine) qui produisit un effet immédiat très énergique; puis on fit boire à la malade du brandy, par petites doses; on la fit coucher dans la position horizontale, en la tenant aussi chaudement que possible. Environ une heure après l'accident, on constatait une rigidité musculaire très manifeste. Puis la malade reprit connaissance, et elle se rétablit peu à peu.

VI. — L'observation publiée par M. Fowler concerne une femme de 45 ans, à laquelle l'auteur se proposait de cautériser les amygdales. N'ayant pas sous la main le galvano-cautère, M. Fowler pratiqua la cautérisation avec un tamponnet

d'ouate, imbibé d'acide chromique dilué dans un peu d'eau. Malgré les recommandations du médecin, la malade avala par mégarde une petite quantité du liquide caustique, avec de la salive. Immédiatement après, elle ressentit une sensation de brûlure au niveau du larynx. Une demi-heure plus tard, elle fut prise d'une douleur à l'épigastre, et elle rendit, en vomissant, un liquide visqueux, verdâtre. Puis survint un état de collapsus, avec pâleur de la face, refroidissement des extrémités, imperceptibilité du pouls. Les pupilles étaient un peu rétrécies, l'acuité auditive diminuée.

On administra à la malade des stimulants; on lui appliqua le long du corps, des boules d'eau chaude. Une heure environ après l'absorption du caustique, il se produisit une selle; à partir de ce moment, l'état de la femme alla en s'améliorant; en même temps s'établit une diurèse abondante.

L'auteur rappelle que Tisné, en France, a publié (*Journal de médecine de Paris* 1887) un fait analogue. Les accidents d'intoxication étaient survenus à la suite de l'application de l'acide chromique sur les gencives.

VII. — L'observation de Stewart est relative à une femme de 45 ans, adonnée à l'ivrognerie, et qui, par erreur, absorba 30 grammes de bichromate de potasse. Au bout de cinq minutes, elle avait perdu connaissance. Lorsque M. Stewart la vit, un quart d'heure plus tard, elle était toujours dans le même état; de plus, elle avait évacué abondamment par le haut et par le bas. La figure de la malade était blême, couverte de sueur; le pouls était filiforme, irrégulier, la respiration lente, suspirieuse. Il semblait d'ailleurs que l'action du toxique eût porté d'une façon spéciale sur les centres respiratoires, car, depuis le commencement de l'intoxication, le rythme respiratoire était troublé; un quart de minute s'écoulait par instant entre deux inspirations. De plus, la respiration s'arrêta presque deux minutes avant les pulsations cardiaques, à l'approche du dénouement fatal. La victime succomba 40 minutes après avoir absorbé le poison. L'autopsie n'a pas eu lieu.

VIII. — Un confrère, jusque-là bien portant, subit une attaque de rhumatisme articulaire aigu, dont il se remit complètement. Une année plus tard, il éprouva de violentes douleurs dans la tête, dans la nuque et dans les yeux; les conjonctives étaient injectées de sang. M. Fowler mandé auprès du malade, lui prescrivit une mixture composée de: iodure de potassium 2 grammes, esprit de sel ammoniaque 4 grammes, chloroforme 4 grammes, eau distillée 180 gr. à prendre à raison de deux cuillerées à bouche toutes les cinq heures. Après la seconde prise, le confrère eut du larmoiement et un écoulement nasal; après la troisième prise, la face antérieure de chaque jambe et la face dorsale des pieds se couvrit de taches de purpura; l'état général continuait d'être satisfaisant. Quant au reste, l'on ne constatait chez le malade, fait remarquer M. Fowler, aucun signe d'une altération dégénérative des vaisseaux. Il est difficile d'admettre, d'autre part, que l'apparition du purpura soit imputable exclusivement à l'iodure de potassium administré à si faible dose.

IX. — M. Prentiss ayant à donner des soins à une jeune femme très délicate, qui avait abusé des injections de morphine et d'atropine, fit à la malade une injection sous-cutanée de chlorhydrate d'hyoscine, de 6 dixièmes de milligrammes environ. Trois minutes plus tard, la malade se plaignait d'une grande sécheresse de la bouche et du gosier, sa figure était devenue d'un rouge intense, tout son corps était agité par un tremblement nerveux. Bientôt survint du délire, avec rigidité des membres et des paupières. Au bout de cinq ou six heures, ces accidents s'étaient dissipés, mais la malade se sentait encore très faible.

X. — M. Wackez a employé la créoline (marque Pearson) comme agent d'antisepsie, chez 17 enfants qui avaient des blessures légères. La créoline était employée sous forme de solution au 1/1000. Dans 10 cas la cicatrisation a été obtenue par première intention; dans 7 cas l'emploi de la créoline a provoqué l'apparition d'un eczéma. Le second jour qui suivait l'application de cette antiseptique, la peau, au voisinage de la plaie, devenait d'un rouge vif; c'est au point qu'on eût cru à l'existence d'un exanthème scarlatin; cette rougeur s'accompagnait de fortes démangeaisons. Le troisième jour, la zone érythémateuse se couvrait d'un grand nombre de petites vésicules remplies d'un liquide limpide. Il y avait élévation de la température locale, tuméfaction des ganglions de voisinage. En même temps on notait des troubles de l'état général, tels que anorexie, maux de tête, vomissements. Quand on perçait les vésicules, il se faisait, par l'orifice de piqûre, un écoulement prolongé de sérosité, puis, vers le troisième jour, l'épiderme se détachait par lamelles très étendues, de telle sorte que dans un cas, toute la paume de la main et la face correspondante des doigts se trouva dépouillée de son revêtement épidermique. De prime abord on eût pu croire avoir affaire à une brûlure au second degré, après la chute de l'épiderme. Chez un de ses petits malades, M. Wackez a eu recours conjointement au sublimé et à la créoline, pour panser des blessures des deux mains. Chaque main était pansée exclusivement avec l'un de ces deux antiseptiques. De la sorte la preuve a pu être faite, comme quoi l'apparition des accidents sus-dits était bien un effet de l'emploi topique de la créoline.

L'urine des petits malades qui ont présenté ces accidents, renfermait de l'éther sulfurique en proportions excessives. Distillée avec de l'acide sulfurique dilué, l'urine donnait, après addition d'eau bromée, un dépôt abondant de phénol tribromuré.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

Valeur de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage, par le Dr E. Vinant (Thèse de Paris, 1889).

Dans un travail très intéressant et très complet, M. E. Vinant s'est proposé de faire ressortir la valeur de la gastrotomie dans le traitement du cancer de l'œsophage.

Appliqué, pour la première fois, par Sédillot, en 1849, cette opération donna de mauvais résultats jusqu'au jour où, grâce à l'antisepsie, des chirurgiens obtinrent des survies de 12, 13, 8 et 4 mois. Aussi, depuis 1880, a-t-elle pris une certaine extension et fait l'objet de nombreux travaux. M. Vinant ne s'est occupé que de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage et a éliminé tous les cas à diagnostic douteux, principalement ceux où la guérison complète a été obtenue, cas devant être considérés comme des exemples de rétrécissements non cancéreux. Il fait bien ressortir que la gastrotomie est une opération non curative, mais seulement palliative, de laquelle on ne peut attendre autre chose qu'une survie plus ou moins prolongée. Dans les cas assez nombreux relevés par l'auteur, le maximum de survie a été de 13 mois, dans l'un, de 6, 4, 5, 3 mois la plupart des autres. Examinant les autres procédés de trai-

tement, il fait ressortir les dangers et les difficultés que présente la sonde à demeure, préconisée par certains chirurgiens, et donne la préférence à la gastrotomie dont il trace en termes claires et concis les contre-indications et les indications; les contre indications sont fournies par l'existence d'une maladie de cœur s'opposant à la chloroformisation, de maladies aiguës du poumon, de coma, de délire et de cachexie avancée; encore dans ce dernier cas peut-on tenter l'opération de laquelle on a beaucoup à attendre et peu de chose à perdre.

L'opération est indiquée formellement lorsque le malade, n'étant pas encore trop affaibli, est dans l'impossibilité de prendre le minimum de nourriture nécessaire; faite à cette période de la maladie, l'opération assure au malade une alimentation suffisante, et le cancer n'étant plus irrité par le passage des aliments, subit parfois une phase d'arrêt.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par les Drs L. Pénard et G. Abelin. 7me édition J.-B. Baillières. 1889.

Depuis 1862, six éditions du Guide de l'accoucheur, par le Dr Pénard ont été épuisées; cette constatation suffit seule pour indiquer son succès auprès des praticiens et des étudiants, succès bien mérité d'ailleurs, car cet ouvrage, quoique peu volumineux, contient, sous une forme claire et précise, un exposé complet des préceptes de l'art obstétrical et les règles à suivre dans toutes les éventualités de la pratique.

Mais étant donnés les progrès de l'obstétrique dans ces dernières années, et les applications récentes de l'antisepsie à cette branche des sciences médicales, les éditions précédentes offraient quelques lacunes. Aussi le Guide de l'accoucheur vient d'être considérablement augmenté et remanié par le Dr Abelin; plusieurs chapitres ont été ajoutés, notamment la description et les applications du forceps et du basiotribe Tarnier, des aperçus courts, mais complets sur la septicémie purpérale et sur les règles pratiques de l'antisepsie obstétricale.

Il n'est pas de chapitre qui n'ait été l'objet de modifications, d'additions importantes, qui font de ce petit livre le vademecum nécessaire au praticien et le manuel le plus utile aux étudiants.

F. Déléage.

De la morphine dans le traitement de l'hystérie chez la femme, par le Dr Terrail. (Thèse de Paris 1889).

Il ne faut employer la morphine que d'une façon exceptionnelle dans le traitement de l'hystérie chez la femme, car elle produit très facilement de la morphinomanie avec une intensité et une rapidité qui varient suivant l'état d'excitabilité du système nerveux de chaque hystérique.

Quand la morphinomanie existe chez une femme hystérique, il faut chercher à la faire disparaître, mais la chose est des plus difficiles, car on se heurte à la mauvaise volonté de la malade. La suppression brusque du poison est dangereuse car elle peut être suivie d'accidents hystériques intenses; il est préférable d'employer la suppression lente ou la substitution aux solutions de morphine de substances inoffensives auxquelles la malade s'accoutume, il est vrai, mais qui sont sans inconvénient pour elle.

La morphinomanie et le morphinisme de la femme hystérique se présentent avec les mêmes symptômes que chez un individu sain, mais ils semblent évoluer plus lentement.

G. L.

Contribution a l'étude du diagnostic de la paralysie générale, par le Dr Boiron, (Thèse de Paris 1889.)

Cette thèse faite sous la direction de M. le Dr Séglas, est une excellente étude d'un des points les plus difficiles du diagnostic de la paralysie générale, les délires des faibles d'esprit ressemblant beaucoup cliniquement à celui de certains paralytiques généraux.

Les formes délirantes de la paralysie générale au début et les délires des faibles d'esprit ont bien des points communs; d'abord ces deux ordres de délire présentent souvent les mêmes caractères de mobilité, de diffusion, de contradiction, etc., ce qui tient à ce qu'ils reposent tous les deux sur un fond d'affaiblissement intellecsuel, natif dans un cas, acquis dans l'autre. Les idées de grandeur, les idées hypochondriaques de négation ou de destruction ou de micromanie ne sont pas spéciales aux paralytique généraux et peuvent se rencontrer aussi chez les faibles d'esprit délirants.

Il ne faut pas compter à cette période sur les signes physiques de la paralysie générale pour lever les doutes, car souvent ils n'existent pas encore, et s'ils existent, leur interprétation n'est pas toujours facile.

Les faibles d'esprit peuvent présenter des vices d'articulation de la parole qui peuvent ou bien être confondus avec l'embarras de la parole des paralytiques, ou le masquer lorsqu'il existe s'ils sont eux-mêmes paralytiques généraux.

Le diagnostic devient encore plus difficile lorsqu'on se trouve en présence d'un débile présentant ces stigmates physiques congénitaux et qui devient à un moment donné paralytique général. Dans ce cas, la marche de la maladie peut seule en faire juger la nature.

G. L.

Etude clinique sur la paralysie agitante (attaques vertigineuses, apoplectiformes et épileptiformes), par le Dr Martha. (Thèse de Paris).

De ce travail sérieusement fait et bien présenté, l'auteur tire les conclusions suivantes:

Les crises vertigineuses, apoplectiformes et épileptiformes existent dans la paralysie agitante, bien qu'elles n'aient pas encore été signalées. Huit observations ont été recueillies dans lesquelles la paralysie agitante s'accompagnait soit de vertiges soit d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes. Ces troubles peuvent apparaître:

1° Au début de la maladie de Parkinson et ouvrir la scène, comme on l'observe à la suite d'une émotion ou d'une frayeur la malade a un vertige ou une attaque épileptiforme et cet accident est immédiatement suivi des signes de la maladie de Parkinson;

2° Dans le cours de la maladie de Parkinson et se reproduire plusieurs fois.

3° A la fin et se terminer par la mort.

A l'inverse de ce que l'on observe dans la sclérose en plaques, la paralysie générale, etc., la température ne s'élève pas pendant ou après ces crises, le thermomètre reste aux environs de 37°.

La pathogénie de ces crises est encore obscure; mettant de côté les cas où on trouve à l'autopsie une lésion capable d'expliquer ces accidents, il semble rationnel de supposer que, dans bon nombre de cas où l'autopsie est négative, ces troubles soient la conséquence d'une ischémie fonctionnelle due à un spasme passager des vaisseaux de l'encéphale.

Le pronostic des crises vertigineuses apoplectiformes ou épileptiformes est généralement bénin, et l'attaque est légère, si la période comateuse ne dure que quelques minutes. Lorsque les attaques se reproduisent rapidement ou que le malade reste plongé plusieurs heures dans le coma, il est vraisemblable que la terminaison fatale est proche et que le malade mourra dans

le coma surtout si la marche de la température va en s'élevant Georges Lemoine.

DU CANCER PRIMITIF DU MÉAT URINAIRE CHEZ LA FEMME, Par L. Soullier (Th. Paris, 1889).

Cette affection est des plus rares et sa description en est le plus souvent passée sous silence dans la plupart des traités généraux ou spéciaux. Une dizaine d'observations, dont une, inédite, est due à M. Picqué, établissent l'existence de cette affection en tant qu'entité morbide. Son histoire ne présente pas d'ailleurs un intérêt très vif : il s'agit presque toujours d'un épithélioma; le début en est lent, donne lieu à du prurit vulvaire, parfois à de petites hémorrhagies : l'extension se fait le long du tissu périuréthral et finit par envahir les tissus environnants. L'ablation pratiquée hâtivement paraît avoir donné des guérisons.

ÉTUDE SUR LES RAPPORTS DU REIN ET SON EXPLORATION CHIRURGICALE, par J. Récamier, ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté (Th. Paris, 1889).

La chirurgie du rein a fait, depuis les quelques années que date son existence, de rapides progrès; le terrain qu'elle a à conquérir est encore considérable, mais rien ne peut mieux contribuer à son développement qu'un diagnostic précis des affections de cette glande. C'est le point que M. Récamier a étudié dans sa thèse; fait sous l'inspiration du professeur Guyon, ce travail comprend un grand nombre de faits, judicieusement groupés et discutés, et des recherches personnelles qui jettent une vive lumière sur certains détails anatomiques dont l'importance est capitale dans les opérations qui se pratiquent sur le rein.

De l'anatomie topographique de cet organe, nous ne relèverons que quelques particularités. Il est dit généralement dans les traités et les monographies que la douzième côte manque souvent. M. Récamier a fait porter ses recherches sur plus de 50 sujets et jamais il n'a constaté cette anomalie. Par contre, il l'a vue souvent d'une brièveté remarquable, ne dépassant pas 2 à 4 centimètres : une telle disparition permet de supposer que certains auteurs ont souvent cru à une absence qui n'était pas réelle et ont pris cet os rudimentaire pour une apophyse transverse : d'ailleurs, sa direction change dans ce cas et la côte devient horizontale. L'importance de cette constatation est grande, car les rapports de la plèvre et des dernières côtes se modifient : comme au cours d'une opération, il est difficile de se rendre compte de la disparition des côtes, M. Récamier conseille de ne pas intéresser le ligament lombocostal dans sa partie externe, limite qu'il ne faut pas franchir pour respecter sûrement la plèvre.

La partie clinique de cette thèse a trait à l'exploration de l'organe ; celle-ci est médiate ou directe suivant que les téguments sont respectés ou non. Parmi les moyens que comprend l'exploration médiate, nous passerons rapidement sur l'inspection et la percussion, qui ne donnent de résultats que lorsque la tumeur est très volumineuse. Il en est de même de la palpation de la région lombaire : pratiquée isolément par cette voie, la palpation fournit des renseignements négatifs; non seulement à l'état normal, mais lorsque la glande prend un développement considérable, elle proémine dans la cavité abdominale, tandis que la région lombaire n'est pas déformée d'une manière appréciable. Il n'en est pas de même en combinant la palpation lombaire et abdominale. Une main placée en avant déprime peu à peu les tissus; un ou deux doigts de l'autre main sont portés au niveau de l'espace costo-iliaque et à l'aide de petits mouvements de propulsion, de choc, ils renvoient en avant la glande rénale : celle-ci vient à la rencontre de la main abdominale et donne lieu à une sensation particulière qui rappelle le ballottement fœtal dans les derniers moments de la grossesse. C'est cette manœuvre que le professeur Guyon désigne sous le nom de ballottement rénal. Elle n'est possible que si le rein est augmenté de volume ou mobilisé : à l'état normal, elle ne provoque au niveau de la glande aucun mouvement appréciable.

L'exploration directe consiste à pratiquer une incision qui conduit sur l'organe et qui permet d'en constater l'existence même ou les lésions; c'est certainement la partie du travail de M. Récamier qui contient le plus de documents nouveaux et les observations, inédites pour la plupart, y abondent. L'auteur discute la légitimité de cette intervention dans les différentes affections ; il conclut à l'utilité de l'incision exploratrice dès qu'il existe des signes probables de calcul rénal et qu'on ne peut espérer leur migration régulière vers la vessie; dans les cas d'anurie calculeuse; dans la tuberculose au début; enfin dans les traumatismes sous-cutanés où l'organe semble déchiré. Dans beaucoup de ces cas, — et les observations sont là à l'appui, — le seul moyen de faire le diagnostic est de pratiquer une incision exploratrice.

Celle-ci devient en outre une nécessité dans un tout autre groupe de faits; un chirurgien qui se dispose à enlever un rein malade, a un intérêt majeur à se renseigner sur l'état ou même sur l'existence du rein opposé; et les moyens d'acquérir cette certitude sont peu nombreux ; on sait qu'on ne peut compter sur le cathétérisme de l'uretère dont l'exécution est en grande partie livrée au hasard et qui ne donne pas toujours des résultats complets. Une incision conduisant sur la région rénale permet de s'assurer du même coup de l'existence de la glande et de son intégrité.

L'auteur passe ensuite en revue les différents procédés opératoires. Pour lui, l'incision abdominale, la laparotomie, féconde en dangers, donne des renseignements peu précis; son seul avantage est de permettre, à l'aide d'une seule incision, de faire porter l'exploration sur les deux glandes; mais celle, ci est forcément incomplète, car la face antérieure est séparée du péritoine par une abondante couche graisseuse qui enlève beaucoup de leur netteté aux sensations. De plus, l'exploration reste ainsi superficielle, et la crainte de laisser épancher du sang ou du pus dans la cavité péritonéale interdit toute manœuvre intéressant le parenchyme lui-même.

C'est à l'incision lombaire que M. Récamier conseille de recourir dans l'immense majorité des cas. Nous ne pouvons le suivre dans l'exposé qu'il fait du manuel opératoire. Les procédés de Le Dentu, de Morris, de Guyon, y sont minutieusement décrits et discutés. Le chirurgien est ainsi conduit directement par une voie courte, au milieu d'une région anatomique d'une grande simplicité et facile à drainer, sur la face postérieure du rein; il ne devra pas borner là son exploration; mais contourner l'organe tout entier, explorer la face antérieure et, dans certains cas bien indiqués, l'origine de l'uretère. Ailleurs, les investigations seront poussées plus loin et le chirurgien sera autorisé à aller à la recherche d'un calcul en plein parenchyme rénal. L'acupuncture, le plus souvent incertaine dans ses résultats, a cependant révélé quelquefois l'existence de calculs; mais quand ce moyen échoue, le chirurgien devra, au travers d'une incision du parenchyme glandulaire, plonger le doigt ou des instruments dans le bassinet. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la voie à suivre sur ce point : les conclusions auxquelles arrive M. Récamier sont lo-

giquement amenées; on ne suivra pas l'exemple de Morris qui, en incisant perpendiculairement à une des faces, risque d'intéresser des vaisseaux importants; mais à l'exemple de Guyon, de Le Dentu, de Tuffier, l'incision sera parallèle au bord convexe du rein qu'elle sépare en deux moitiés égales en traversant la région médiane qui est la moins vasculaire.

Nous n'avons donné ici qu'une idée bien incomplète du travail de M. Récamier : la lecture en est indispensable à tous ceux qui s'occupent de la chirurgie des voies urinaires et de la chirurgie abdominale; pour tous enfin, ce mémoire offre un vif intérêt : ce n'est pas un exposé aride des méthodes et des procédés les plus récents, mais les indications opératoires y sont posées avec un grand sens clinique et elles s'appuient sur des faits dont la discussion est conduite avec une absolue rigueur scientifique. E. Desnos.

Des troubles fonctionnels succédant aux fractures transversales de la rotule et de leur traitement préventif et consécutif, par J. Simon. (Thèse de Paris.)

Le traitement des fractures de la rotule doit avoir pour but d'amener la consolidation des fragments, d'éviter l'atrophie du triceps et l'ankylose de la jointure. On aura toutes chances de l'atteindre en combattant l'épanchement et l'arthrite par l'immobilisation, la compression aidée de la ponction dans le cas d'hémarthrose considérable, en maintenant rapprochés les fragments à l'aide d'appareils connus, en activant la nutrition musculaire par le massage précoce et l'électrisation. Que si la marche était devenue impossible par suite d'un traitement mal dirigé ou d'un échec total dans l'application des moyens préventifs, il pourrait y avoir lieu de pratiquer soit la suture osseuse pour remédier à un trop grand allongement du cal, soit de recourir à l'usage d'appareils prothétiques spéciaux en cas de non consolidation.

De la cystite primitive idiopathique chez la femme, par M. Cambours. (Thèse de Paris.)

Bien que la cystite de la femme soit généralement consécutive aux affections utérines ou péri-utérines, elle peut être parfois primitive idiopathique et ne relever que d'une grande fatigue, d'excès de tous genres, de l'impression du froid, de la rétention volontaire d'urine amenant la distension de l'organe. C'est ce que démontrent les 19 intéressantes observations publiées ou inédites rapportées par l'auteur. Caractérisée par du ténesme, des épreintes, de la pollakiurie, quelquefois par des mictions sanguines et des retentissements nerveux réflexes, l'inflammation vésicale se manifeste en l'absence de toute lésion de la matrice ou des tissus environnants. L'éventualité contraire cependant possible doit être considérée non plus comme cause, mais comme simple effet du mal. D'un pronostic plus grave que s'il s'agissait d'une cystite secondaire l'affection devra être traitée par des lavages, des instillations, des cautérisons et en cas d'insuccès par la cystotomie.

Sur les déformations de la cloison du nez et leurs traitements chirurgicaux, par J. Rosenthal. (Thèse de Paris.)

Les déformations de la cloison du nez sont très fréquentes et portent sur les trois quarts de sa portion antérieure. Elles intéressent plus souvent la lame quadrilatère que la portion osseuse et se trouvent constituées par des éperons proéminents à droite plutôt qu'à gauche presque toujours développés aux dépens du vomer et habituellement situés au-dessous de la ligne de jonction de ce dernier et avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Au côté opposé à la saillie correspond une concavité infundibuliforme.

Le traumatisme, les tumeurs, la syphilis, la scrofule sont les principales causes de ces déformations à marche fort lente et que le chirurgien doit surveiller en intervenant à la première apparition de troubles physiologiques. L'opération à la scie de Bosworth d'une exécution facile et non douloureuse donne de bons résultats. La galvano-puncture se trouve plus particulièrement indiquée dans les épaississements cartilagineux et les déviations simples. La résection d'une partie de la cloison, avec conservation de la muqueuse du côté opposé remédiera aux simples courbures. Pour les autres cas on devra recourir au ciseau de Duplay, Berger, à la pince de Wolteriug et à toute la série des instruments spéciaux.

Ch. Amat.

BULLETIN

De l'action du sol sur les microbes.

La *Revue scientifique* vient de consacrer un long article à cette question dont l'étude paraîtra nouvelle, et en tous cas peut être considérée comme à peine ébauchée : L'action du sol sur les germes pathogènes. Question d'importance capitale néanmoins, car de la solution des inconnues qu'elle renferme, dépendent, pour une grande part, les progrès à réaliser dans la prophylaxie des maladies infectieuses. De ces dernières, nous ne connaissions guère jusqu'à présent que leurs différents modes d'évolution clinique chez les animaux et chez l'homme : nous commençons seulement à entrevoir le mécanisme de l'infection, autrement dit à mieux comprendre le rôle qui revient aux microbes dans le développement de celle-ci. Mais nous ignorons, ou du moins nous ignorions encore hier l'origine de ces germes pathogènes, leur milieu de fructification et de recrutement, aussi bien que les causes particulières qui favorisent leur dissémination et leur pénétration ultérieure dans l'organisme des êtres vivants. La lumière commence pourtant à se faire sur ces différents points restés si longtemps obscurs. On peut s'en convaincre par la lecture d'une remarquable communication de MM. Grancher et Richard au dernier Congrès d'hygiène, communication qui n'est elle-même que le résumé des notions acquises récemment. C'est à cette source que la Revue a emprunté les faits intéressants exposés dans l'article visé.

Les données que nous possédons actuellement sur cette question des rapports du sol avec les microbes se réduisent d'une manière générale aux points suivants : présence, mode de répartition, vitalité, variation de virulence des germes dans la couche tellurique qui nous supporte d'une manière plus ou moins immédiate. En ce qui concerne le fait seul de l'existence et de la présence permanente de ces germes, il n'y a pas de doutes à conserver. Les bactériologistes n'ont-ils pas démontré que l'inoculation de simples parcelles de terre prélevée dans les rues ou dans les jardins fait périr la plupart des animaux inoculés et détermine presque toujours chez eux des phénomènes d'infection extrêmement prononcés ?

Parmi les bactéries qui concourent à ce résultat, ils ont reconnu un certain nombre d'espèces déjà individualisées depuis longtemps : le vibrion septique qui est ubiquitaire ; la bactéridie charbonneuse : le bacille du tétanos extrêmement répandu celui-là ; le bacille typique, etc.

La migration de ces différentes espèces à travers le sol est subordonnée elle-même à des influences très variées (irrigation, culture des terres, etc.) qui expliquent l'inégalité de leur répartition.

Un fait très frappant à ce dernier point de vue est la délimitation très nette, le plus souvent brusque, des frontières de la zone occupée par les microbes.

Ainsi à côté d'une zone renfermant 150,000 germes, il n'est pas rare de rencontrer une presque contiguë, où la proportion n'est plus que de 2,000. A cette question du mode de répartition se rattache d'ailleurs d'une manière étroite, celle de la détermination des voies par lesquelles ces germes peuvent se répandre au dehors et arriver ainsi à contaminer les êtres vivants. A cet égard nous ne possédons guère que des notions de probabilité. Par exemple, il convient d'attribuer une grande importance à l'action des courants d'air et des vents qui soulèvent les poussières du sol et les disséminent au loin (bacille de la tuberculose), à l'existence des *fissures* qui viennent mettre un foyer bactérien (puisard, fosses d'aisances) en communication accidentelle et libre avec une source d'eau potable. Dans le même ordre d'idées, il faut signaler le rôle actif joué par certains insectes et surtout par les vers de terre qui, dans leurs déplacements continuels, ramènent à la surface du sol des germes enfouis dans la profondeur; celui des grands bouleversements de terrain qui, agissant comme une véritable *exhumation* vont *réveiller* des bactéries endormies jusque-là dans les couches éloignées de la surface. Nous voilà donc déjà en possession de certaines données précises, quant à la présence et à la dissémination des microbes dans le sol. En possédons-nous également en ce qui concerne leur vitalité et leur degré de résistance aux causes de destruction inséparables des conditions habituelles d'un pareil milieu (influence de l'air, de la lumière, de l'humidite, etc.)? Sur cette question nous sommes encore moins avancés. On pourrait presque dire qu'ici tout est à faire. Pourtant nous savons que la vitalité de certaines espèces est véritablement extraordinaire: à preuve, la conservation du pouvoir virulent de la spore charbonneuse après un ensevelissement de douze années. Nous savons également que la dessiccation exerce une influence préjudiciable à la plupart d'entre elles, influence moins prononcée encore que celle de la lumière solaire, de l'oxygène, du voisinage des saprophytes, etc. Ces différentes causes de destruction n'amènent pas toujours la mort définitive des germes. Elles ont néanmoins pour effet à peu près constant une diminution notable de leurs propriétés virulentes. Cette dernière notion est extrêmement importante à connaître. On pourrait la résumer dans cette proposition de forme plus concrète : *Le mélange du sol avec les microbes est un moyen d'atténuation du virus.* Ce serait la conclusion la plus générale et en même temps la plus originale qui se dégage d'une étude encore bien incomplète, à peine ébauchée, pourrait-on dire, et cependant d'une portée assez grande pour justifier à l'avance toutes les recherches entreprises en vue d'éclaircir un problème dont la solution est indispensable à l'établissement d'une prophylaxie rationnelle.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Une encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — Pour condenser en une œuvre d'ensemble l'innombrable multitude de travaux qui, dans ces dernières années, ont été publiés sur l'hygiène, il ne suffit plus d'un volume ni d'un homme. Aussi ne peut-on qu'applaudir à l'idée de cette *Encyclopédie d'Hygiène et de médecine publique* dont M. le Dr Jules Rochard a pris la direction en s'entourant de 25 de nos hygiénistes les plus en renom.

Ce grand travail doit paraître en 10 livres dont voici l'énumération : Hygiène générale ; hygiène alimentaire ; hygiène urbaine ; hygiène rurale ; hygiène hospitalière et assistance publique ; hygiène industrielle ; hygiène militaire ; hygiène navale ; hygiène infantile et hygiène internationale et administrative.

L'Encyclopédie comprendra environ 8 volumes (1) ; et chaque volume paraîtra en 5 fascicules de 160 pages. L'œuvre entière nous est promise dans un laps de trois ans, et nous le croyons sans peine à voir la régularité et presque la rapidité avec laquelle se sont succédés les quatre premiers fascicules. Le 1er a paru en juillet et voici que nous avons déjà le 4e.

En attendant que nous fassions de cette publication le compte rendu qu'elle mérite, signalons-en les chapitres déjà publiés :

L'*Introduction anthropologique* est due à la plume de M. de Quatrefages. Le chapitre sur la *Démographie* sort de la plume de M. Jacques Bertillon; la *Climatologie* a pour auteurs MM. Le Roy de Mericourt et Eugène Rochard ; la *Pathogénie* a été traitée par M. Jules Rochard. Enfin le chapitre V sur l'*Epidémiologie* dont le commencement seul est publié a pour signataire M. Léon Colin.

Ces noms, on le voit, sont d'avantageux garants pour le succès de l'entreprise. P. F.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'hygiène à l'école (Pédagogie scientifique), par le docteur Collineau, professeur aux cours normaux, etc 1889, 1 vol. in-16 de 313 pages avec 50 figures, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire pharmaceutique à l'usage des hôpitaux et hospices civils de Paris. 1 vol. in 8 broché de 353 pages, 6 fr. — Librairie et Typographie A. Hennuyer, 7, rue Darcet, Paris.

The classification, correct dietary and treatment of diseases of the skin, by Henry S. Purdon, M. D, L. R. C. P. honorary physician to the Belfast skin hospital. 1 vol cartonné, tranches rouges, 36 pages — Librairie William Mullan and son Booksellers and Publishers, Donegall, place in Belfast, Angleterre.

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, tome dixhuitième (année 1888). — Imprimerie nationale. Paris, 1889.

Traité d'homo-homœopathie (Médicaments réunis par séries et groupes physiologiques), par le docteur Conan (Mériadec). 1 vol. gr. in-8 de 602 pages, 10 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Topographie médicale du canton d'Ax (Ariège), comprenant un traité des eaux thermo-minérales avec une carte géologique, trois planches et des figures dans le texte, par le docteur L.-S. Fugai, ron. 1 vol. in-8 de 314 pages, 10 fr. — Librairie Asselin et Houzeau-place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Mathématiques et mathématiciens, par A. Rebière, 1 vol. in 8 (3 fr. 50). — Librairie Nony et Cie, 17, rue des Ecoles.

« Le siècle, dit un historien contemporain, est de plus en plus dominé par les mathématiques ».

C'est à l'aide de courtes citations empruntées aux savants et aux penseurs que M. Rebière nous initie aux principes, aux méthodes aux lois, en un mot à la *philosophie* des mathématiques. Il nous dit

(1) Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, Paris.

aussi rapidement leur histoire, leurs applications, leurs relations avec les autres sciences et même avec la morale, la politique, etc.

Sans équations ni figures géométriques, le livre que nous annonçons intéressera tous les esprits cultivés.

Précis de microbie médicale et vétérinaire, par MM. L. Thoinot et J. Masselin. Un vol. in-18 avec 60 figures dans le texte. Cartonné toile anglaise, 6 fr. — G. Masson, éditeur, boul. Saint-Germain.

Le précis de microbie médicale et vétérinaire de MM. L. Thoinot et J. Masselin a été conçu dans un double but : c'est d'une part un véritable guide pratique de laboratoire où l'étudiant pourra s'initier d'une façon claire et précise aux pratique de la microbie technique ; c'est d'autre part un livre où les praticiens qui ne peuvent s'astreindre aux travaux du laboratoire trouveront sur les maladies microniennes tous les détails suffisants présentés d'une façon concise et nette. Œuvre de collaboration médicale et vétérinaire, il s'adresse également au public des médecins et des vétérinaires. Les vétérinaires y trouveront, outre l'exposé des maladies microbiennes des animaux, une étude rapide des principales maladies microbiennes de l'homme, qui pourra n'être pas sans intérêt pour eux. Nous ajouterons enfin que ce précis est une œuvre française exécutée à l'Ecole d'Alfort dans le laboratoire de M. le professeur Nocard.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur H. Schüle, médecin de l'asile d'aliéné d'Illenan (Grand duché de Bade), etc., 3e édition, 1886, traduit par les docteurs J. Dagonet et G. Duhamel, 2e fascicule. 1 vol. in-8 de 280 pages, 5 fr. Prix de l'ouvrage complet, 9 fr. — Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les dents de nos enfants (Conseil aux mères de famille), par Alfred Bramsen, médecin-dentiste, avec préface par R. Heidé, professeur adjoint à l'Ecole et à l'hopital dentaire de Paris. 1889, 1 vol. in-16 de 140 pages avec 50 figures, 2 fr. — Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 15 AU SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 29. — Variole, 3. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 22.—Diphtérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 55. — Antres. 6. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6.— Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë, 19. — Bronchite chronique, 26. — Broncho-pneumonie, 16. — Pneumonie, 32. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 24 —Biberon, 74. —Diarrhée au-dessus de 5 ans. 10.— Fièvre et péritonite puerpérales. 1. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité,30. — Suicides, 19.—Autres morts violentes, 10.—Autres causes de mort, 161.—Causes inconnues, 15.—Total : 935.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

AVIS IMPORTANT

L'Administration de *l'Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France du Docteur Félix Roubaud, et de l'Almanach général de Médecine et de Pharmacie de l'Union Médicale réunies*, 21, Rue de la Monnaie, Paris, prie nos Confrères de vouloir bien lui adresser le *plus tôt possible*, les renseignements concernant leur changement d'adresse, beures de consultation etc; etc. ; pour l'Edition 1890.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GENERALE

LA MALADIE PYOCYANIQUE

Les remarquables études de M. Charrin (1) sur la maladie pyocyanique ont eu un autre but que de nous faire connaître dans tous ses détails la maladie déterminée par le microbe du pus bleu ; elles visaient plus haut et n'étaient pour l'auteur qu'un moyen de rechercher comment vivent et se transforment les agents des maladies infectieuses. Ce sont donc avant tout des études de pathologie générale. Le microbe du pus bleu se prête admirablement bien à ces recherches, car il se conserve et se cultive aisément, et donne aux cultures un aspect caractéristique. Il fait naître en se développant un ptomaïne, la pyocyanine, facile à distinguer par des réactions très simples. Le chloroforme agité avec le liquide de culture se colore en bleu ; l'eau acidulée décolore ce chloroforme et devient rose, puis si on ajoute à cette eau acidulée une goutte d'ammoniaque, le rose vire au bleu et au vert et le chloroforme laisse déposer, après évaporation, des cristaux bleus de pyocyanine. Ce sont donc des cultures qui parlent aux yeux et qui par conséquent se prêtent admirablement aux démonstrations, de plus, grâce aux réactions de la pyocyanine, on est toujours sûr d'avoir affaire au même microbe.

En plaçant le microbe du pus bleu dans des conditions particulières, on peut lui faire subir des modifications dans sa forme qui établissent d'une façon certaine le polymorphisme des microbes. Ces diverses formes sont obtenues en particulier en ajoutant au bouillon de culture des substances antiseptiques en solution faible. Dans des cultures additionnées d'acide phénique ou de créosote en quantité insuffisante pour retarder sensiblement le développement du microbe, on a un véritable bactérium. Avec le naphthol, on a des bacilles de longueurs variables et des filaments proprements dits. La pyocyanine disparaît dès qu'on emploie une dose qui approche de la dose toxique. Avec l'acide borique, on retarde le développement des germes sans empêcher la production de la pyocyanine, et selon les doses, on les voit prendre la forme de bacilles granuleux, de filaments courts, de bacilles incurvés en croissant, de spirilles contournés huit à dix fois sur eux-mêmes ; etc. Ces formes sont passagères et le microbe reprend lentement ses caractères morphologiques normaux : chacune d'elles, semée dans du bouillon pur, reproduit aussitôt le bacille normal, ce qui donne la contre-épreuve de l'expérience.

Un haut intérêt s'attache à la constatation de ce polymorphisme, car si la forme des microbes change, leurs fonctions varient parallèlement. De même, elles varient encore quand on les place dans des conditions particulières de vie. Le microbe du pus bleu cesse de fabriquer de la pyocyanine quand

(1) Charrin. La maladie pyocyanique. Paris, 1889.

FEUILLETON

SUR LES ÉCRITS ENCORE INÉDITS DES ANCIENS MÉDECINS GRECS ET SUR CEUX DONT LE TEXTE ORIGINAL EST PERDU, MAIS QUI EXISTENT EN LATIN OU EN ARABE.

(*Extrait d'un travail sur ce sujet encore inédit*).

(*Suite*) (1)

III. ΣΩΡΑΝΟΣ ΕΦΕΣΙΟΣ. Soranus, d'Éphès, contemporain de Galien, est l'auteur le plus important après ce dernier et le méthodiste le plus illustre. Son traité : *Sur les maladie aigues et chroniques*, en huit livres, existe en traduction latine par Cælius Aurelianus et il a été publié plusieurs fois sous le nom de ce dernier.

IV. ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΡΙΣΚΙΑΝΟΣ (vers 380 après J.-C.). Théodore Priscien, archiâtre et méthodiste dévoué, a écrit ses ouvrages en grec à Constantinople, à la persuasion d'Olympius son collègue. Quatre livres de cet auteur sur la médecine existent en traduction latine et ont été publiés plusieurs fois.

Ce mémoire, messieurs, n'est qu'un très court extrait d'un travail sur ce sujet, encore inédit.

J'ai étudié plus de quatre cents manuscrits de la bibliothèque nationale de Paris, la plus riche du monde en manuscrits médicaux, j'ai pu prendre connaissance des précieux manuscrits collationnés et réunis par le savant Daremberg et que possède votre belle bibliothèque, j'ai consulté les catalogues de toutes les autres bibliothèques, et, guidé par diverses bibliographies et par l'étude des œuvres imprimées des anciens médecins grecs, j'ai réussi à trouver presque tous les textes inédits concernant la médecine et à préciser le nom de l'auteur dans beaucoup de traités anonymes. Des extraits ou bien la table des chapitres de chaque écrit sont indiqués dans mon travail, afin de démontrer l'importance des auteurs. Enfin, je cite tous les manuscrits qui existent dans les diverses bibliothèques pour chaque auteur inédit, en signalant la valeur des manuscrits que j'ai étudiés moi-même.

(1) Voir les numéros précédents.

on le cultive dans une atmosphère confinée, on encore dans l'oxygène pur. Les antiseptiques, selon leur dose, retardent on suppriment la formation de la matière colorante, fonction physiologique de ce microbe, et modifient par conséquent ses propriétés. Or si les microbes agissent surtout par leurs produits, ce qui paraît bien démontré aujourd'hui, le rôle des antiseptiques s'explique. Quand même il ne tue pas l'agent infectieux, ils peuvent supprimer certaines de ses propriétés et entre autres celle de sécréter des matières toxiques. Ainsi se trouve démontré le bien-fondé du postulatum de Bouchard : employer des antiseptiques qui modifient les conditions d'existence des microbes pathogènes sans nuire aux cellules de l'organisme. Pour cela, des doses très faibles suffisent souvent, puisqu'il ne s'agit pas de détruire le microbe nocif, mais seulement de le transformer. Lorsqu'au conrs d'une infection, dit Charrin, on voit survenir des phénomènes insoliteś, tels que la suppuration, les hémorrhagies, tout en tenant compte des modifications du terrain, on peut songer à deux hypothèses : ou bien un microbe nouveau s'est surajouté au premier, on bien le premier a acquis des propriétés exceptionnelles ; il a varié dans ses fonctions. On peut en dire autant quand la guérison commence. La virulence du microbe s'est atténuée, ses propriétés ont changé. Il serait intéressant de rechercher si sa forme ne varie pas en même temps pendant les diverses périodes de la matière, et si ces modifications ne sont pas en rapport sur la gravité ou la bénignité du mal.

Le bacille du pus bleu est capable de déterminer une infection chez les animaux les plus divers et les plus séparés par la température, le pigeon, le lapin et la grenouille, par exemple, mais sa virulence varie beaucoup chez chacun d'eux et ne s'exerce pas de la même façon. Chez l'homme, tout se réduit au phénomène de la suppuration bleue, la maladie resta tout à fait localisée. Chez le lapin, ce sont les accidents généraux qui dominent, c'est chez lui qu'il faut étudier la maladie.

Dans les formes aiguës, la mort arrive en un ou deux jours, les symptômes sont ceux de la plupart des maladies générales, abattement, somnolence, convulsions et, d'autre part, de la fièvre, de l'albuminurie et de la diarrhée. Dans les formes lentes, qui évoluent en plusieurs semaines et même en plusieurs mois, l'entérite ne manque jamais et conduit peu à peu à la cachexie, mais le symptôme le plus caractéristique consiste dans des paralysies très particulières. Elles débutent au plus tôt quinze jours après l'inoculation, atteignent les membres postérieurs, on prennent le type hémiplégique. C'est une paralysie spasmodique. Les membres se rétractent et leur attitude vicieuse que l'on pent modifier en tirant sur eux, reparaît dès qu'on cesse la traction. Elle ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire, mais la sensibilité est toujours très émoussée. Parfois, bien que rarement, ces paralysies finissent par disparaître, elles laissent alors à leur suite presque toujours des rétractions fibro-tendineuses. Malgré les recherches histologiques les plus minutieuses, M. Charrin n'a jamais constaté, dans ces cas de paralysie, la moindre lésion nerveuse, ni sur les nerfs périphériques, ni sur la moelle, ni dans l'encéphale. Les troubles nerveux les plus graves peuvent donc se produire en l'absence de toute lésion visible au microscope.

Les lésions les plus constantes qui accompagnent ces symptômes sont celles de l'entérite et de la néphrite épithéliale, le foie est rarement atteint, les poumons sont à peine congestionnés. Quand la maladie dure longtemps, ces lésions se séparent ; dans un cas la dégénérescence amyoïde fut reproduite expérimentalement chez un lapin qui fut malade pendant trois mois. En somme, il y a des lésions constantes, caractéristiques, et à côté d'elles, des lésions surajoutées, disparates, variables selon le terrain, selon la virulence ou peut-être encore selon les fonctions des agents pathogènes.

« L'histoire médicale nous apprend, dit Charrin, que dans une épidémie dernière, quels que soient les sujets atteints, la maladie peut se distinguer par un aspect spécial. Dans une épidémie de variole, par exemple, la majorité des personnes frappées pourrait présenter des hémorrhagies. Ce qui domine alors, c'est l'influence du microbe. Sa virulence est telle, ses fonctions pathogènes sont à un tel degré de développement, que ce microbe imprime par lui-même à la maladie un caractère anormal, caractère que subissait les organismes contaminés. Inversement, tout le monde sait que la physionomie et le pronostic de la fièvre typhoïde changent suivant que le bacille d'Eberth se développe chez un enfant, un adulte, ou un vieillard, de même pour le pneumocoque, hors ces cas exceptionnels d'épidémie, cas auxquels nous avons fait allusion. Dans ce dernier ordre de faits, c'est surtout le terrain qui donne à l'affection sa marche principale. »

Il y a donc en pathologie humaine deux facteurs de la gra-

De tous les traités inédits, j'ai recueilli tout ce qui concerne les yeux et les oreilles, et j'ai corrigé les textes à l'aide des manuscrits de Paris ; de plus, j'ai préparé une nouvelle édition du septième livre d'Aétius, qui traite des yeux, et d'une partie du sixième, qui concerne les oreilles, ainsi que de l'optique de Damianos, fils d'Héliodore, en collationnant les textes avec tous les manuscrits de Paris. J'espère publier cette collection qui m'a servi pour compléter l'*histoire de l'ophthalmologie et de l'otologie des anciens Grecs*.

J'ai considéré, messieurs, comme un hommage profond pour l'antiquité et un devoir sacré pour les sciences et pour ma propre nation en particulier, de faire connaître au monde érudit et à mes compatriotes, dont l'amour-propre est intéressé dans cette question, les trésors précieux qui sont cachés dans les bibliothèques, et l'importance suprême de ces ouvrages pour toutes les sciences et surtout pour la médecine.

Je suis persuadé, messieurs, que des voix aussi enthousiastes et aussi ardentes que celles des Littré, Daremberg, Malgaigne et tant d'autres génies, retentiront dans cette enceinte en faveur de cette œuvre si intéressante et si utile, et que l'Académie soutiendra la tâche persévérante d'un homme inspiré par un amour ardent pour l'antiquité et par un zèle infatigable pour le travail.

Dr Costomiris,
Professeur agrégé, à Athènes.

Le mémoire qui précède, ne pouvait manquer d'intéresser l'Académie, aussi fut-il renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Laboulbène et Panas.

Le 23 juillet, cette Commission, par l'organe de M. le professeur Laboulbène, rapporteur, après avoir énuméré les écrits dont la publication, est dès à présent, possible et à désirer, et avoir rendu hommage au labeur considérable de M. Costimiris, n'hésita pas à proposer à l'Académie, le vote des conclusions ci-après :

1° Remercier M. le docteur Costomiris de son intéressante communication et l'engager à poursuivre ses recherches bibliographiques.

2° Exprimer le vœu de voir publier, au plus tôt les textes des anciens médecins grecs, encore inédits.

Ces conclusions mises aux voix ont été adoptées par l'Académie, adressées à M. le Ministre de l'instruction publique, et celui-ci voulut bien informer l'Académie, (séance du 10 septembre) qu'il a

rité et de la bénignité d'une maladie, le microbe et le terrain. On les retrouve en pathologie expérimentale et la maladie du pus bleu fournit de nombreuses et convaincantes démonstrations de l'importance de leur rôle.

Nous avons déjà dit comment l'adjonction de faibles doses de substances antiseptiques dans les bouillons de culture du microbe du pus bleu atténuaient sa virulence : bien d'autres conditions, la température, la lumière, l'aération, la dessication, l'humidité etc. peuvent agir dans le même sens ou au contraire, augmenter l'intensité de son action ; dans les deux cas l'aspect de la maladie inoculée varie dans un sens ou dans l'autre. La quantité de culture injectée, selon qu'elle est forte ou faible, donne une forme suraiguë de la maladie ou une forme lente, et certains symptômes, l'albuminurie par exemple, apparaissent ou font défaut. Il suffit d'augmenter le virus pour déterminer chez le cobaye une maladie générale au lieu d'une maladie locale, ce qui est le cas avec une petite dose. Donc le microbe a une influence capitale sur le degré de gravité de l'affection, influence qui est en rapport avec sa quantité ou avec sa qualité. Le *terrain* en a une tout aussi importante.

Bien des circonstances sont de nature à faire varier le caractère des troubles morbides, alors que le virus reste immuable ; par exemple la porte d'entrée. Telle dose de virus qui tue un lapin quand on l'injecte dans la veine de l'oreille, ne le tue plus si elle pénètre par le tissu cellulaire sous-cutané. Bien plus, elle vaccine l'animal. Les voies respiratoires et surtout les voies digestives, constituent des portes d'entrée très peu favorables à l'action des germes, qui, quelquefois ne produisent aucun accident, même ingérés à dose massive. La température du milieu dans lequel se maintient l'animal a aussi une grande importance sur l'intensité des symptômes qu'il présentera. L'intégrité du système nerveux importe beaucoup ; les lésions des nerfs périphériques favorisent le développement de la maladie locale, soit en faisant naître des troubles trophiques, soit en faisant varier la température ou la composition clinique du milieu. etc.

Dans une maladie infectieuse, le microbe n'est donc pas tout, l'état du terrain sur lequel il se trouve semé, joue un rôle égal au sien. L'expérience de Raulin l'a prouvé, il y a longtemps ; mille faits sont venus depuis la confirmer. La médecine expérimentale nous permet de comprendre pourquoi, suivant les tempéraments, les constitutions, les périodes de dépression ou autres, tous états qui diffèrent entre eux cliniquement, notre milieu de culture se montre favorable ou réfractaire. Rien n'est effacé de la vieille médecine. Il n'y a en plus que de lumineuses explications (Charrin.)

C'est par les substances cliniques auxquelles ils donnent naissance qu'agissent les microbes du pus bleu. Cette idée, déjà défendue par Pasteur et par Chauveau, a été confirmée par Charrin en ce qui concerne la maladie pyocyanyque. L'injection dans les veines de l'oreille d'un lapin d'une certaine quantité de bouillon de culture, débarrassée au préalable de tout germe, provoque de la diarrhée dans les vingt-quatre heures. Chose curieuse, les mêmes produits introduits par les voies digestives n'amènent aucun désordre, même avec des doses considérables ; c'est donc à la condition qu'elles soient apportées par la circulation qu'ils exercent leur action. En prolongeant pendant deux ou trois semaines l'administration à faible dose du bouillon de culture, on détermine de l'albuminurie, des hémorrhagies, la prostration des forces et la mort. Mais ce qui prouve que le bacille du pus bleu agit par l'intermédiaire des poisons qu'il élabore, c'est que l'injection de ces substances provoque des paralysies offrant tous les caractères de celles que détermine l'inoculation elle-même, caractères nettement définis constituant par leur ensemble un type clinique particulier.

Ces mêmes injections suffisent pour provoquer la fièvre ; l'élévation thermique est sensiblement aussi forte qu'à la suite des inoculations. Ce fait a une importance de premier ordre, car il tend à démontrer que l'hyperthermie peut se développer sous l'influence des produits solubles de cultures absolument privées de germes. Si par conséquent, une part dans les phénomènes fébriles est le résultat de l'action des germes sur les cellules de l'organisme, il est certain qu'une part, au moins aussi considérable, appartient à l'action des substances cliniques proprement dites.

Cependant il est bon de dire que l'action des produits toxiques n'est pas tout dans la maladie pyocyanique. Bon nombre de symptômes et de lésions sont le fait des microbes. Tels sont les infarctus du rein, l'irritation des cellules épithéliales des tubuli contorti. etc. qui sont de véritables accidents de cause mécanique dus au transport et à l'élimination des microbes.

---

transmis à M. le Ministre des affaires étrangères le vœu qu'elle lui avait adressé.

La besogne la plus douce des bibliothécaires est de favoriser les recherches des travailleurs qui viennent consulter les collections dont ils ont la garde et nous nous félicitons d'avoir pu être utile, à notre savant confrère d'Athènes.

Nous recevons de fréquentes visites de médecins étrangers, et plusieurs compatriotes de M. Costomiris sont déjà venus visiter notre belle bibliothèque. Pour ma part, je suis fort heureux de mes relations avec les médecins d'Athènes. Mais depuis longtemps, aucun savant ne s'était livré à un travail aussi considérable que celui entrepris par M. Costomiris ; ses efforts ainsi que le témoigne son mémoire, ont été des plus fructueux et je ne crois pas que depuis Daremberg, des recherches et des trouvailles aussi importantes aient été faites. Les représentants de l'érudition médicale que nous avons personnellement connus sont devenus rares : Littré, Daremberg, Ermerins, Hæser etc., ne sont plus, et M. Greenhell ne donne pas signe de vie. Le soin et la perspicacité avec lesquels j'ai vu travailler M. Costomiris, sa connaissance profonde du grec ancien et de l'histoire de la médecine, me donnent l'assurance qu'il pourra mener à bien, la publication des écrits inédits qui intéressent autant la médecine que la science générale.

Pour ma part, pénétré de l'importance des études historiques spéciales pour les progrès de l'art médical, m'efforçant depuis de longues années, de travailler à leur vulgarisation, ayant toujours regardé comme une bonne action de faire connaître ou de faire revivre les travaux souvent oubliés, parfois méconnus des chercheurs qui ont été nos devanciers, fort heureux, quand l'occasion se présente, d'appeler l'attention sur les efforts des travailleurs disparus, afin de contribuer à leur faire rendre justice, je souhaite vivement, et tous mes lecteurs, amis de l'érudition, partagent mes espérances, que le gouvernement hellénique, prenne en juste considération le vœu de notre Académie. La Grèce a été le berceau des sciences et des arts : antiquité oblige !

Notre savant confrère, M. Costomiris, dont l'érudition et la persévérance rappellent celles des érudits, que je citais tout à l'heure, est tout préparé pour mener à bien une édition de cette nature, et l'on ne peut que demander que le succès couronne ses efforts.

Dr A. Dureau,
Bibliothécaire de l'Académie de médecine.

Mais ces produits solubles qui sont l'origine de la plupart des troubles morbides présentés au cours des maladies infectieuses, sont aussi dans certains cas les facteurs de l'immunité. Charrin a découvert que par leur injection on pouvait vacciner les animaux contre la maladie pyocyanique. Ayant remarqué que l'inoculation des cultures virulentes n'amenait pas la mort du lapin quand elle était faite sous la peau et à faible dose, mais qu'au contraire, au bout d'un certain temps, elle lui conférait l'immunité et lui permettait de résister à des inoculations faites par les veines, Charrin répéta les mêmes expériences en se servant des produits solubles débarrassés de tout microbe et constaté à de nombreuses reprises que les cultures stérilisées possèdent aussi la propriété de produire l'immunité. Cette immunité a ses degrés : elle varie avec les qualités et les quantités des liquides injectés et même avec les procédés suivis dans ces injections. Par conséquent le bacille pyocyanogène fabrique dans les cultures des substances vaccinantes ; mais en vertu de quel mécanisme ces substances confèrent-elles l'immunité, c'est là une question qui est loin d'être résolue. Toutes les hypothèses qui ont été faites pour l'expliquer ont contre elles des faits qui prouvent leur fausseté, il vaut mieux, dans l'état actuel de la science réserver cette question. Il se peut, dit Charrin, que des injections progressives de poisons solubles rendent les cellules moins sensibles à leur action et, quand les microbes s'installent dans l'organisme, ils se trouvent en présence d'adversaires contre lesquels leurs moyens d'attaque ont peu de prise. Cette explication est d'autant plus plausible que la résistance est plus parfaite, lorsqu'on introduit le liquide vaccinal par doses fragmentées et à intervalles séparés, au lieu de faire pénétrer ce même liquide en une seule fois. En toxicologie, cette technique est celle qui réussit le mieux pour rendre l'organisme moins susceptible aux poisons ; il se produit une sorte d'accoutumance comparable à celle qui se développe chez les morphinomanes à l'égard de la morphine. Ceci amène à la conception formulée par Bouchard, que l'immunité relève, au moins en grande partie, d'une propriété que les cellules ont acquise soit par voie d'hérédité, soit par une sorte d'éducation, éducation qui, vraisemblablement, peut se réaliser dans des conditions multiples.

De prime abord on aurait pu supposer que parmi les produits solubles sécrétés par le microbe du pus bleu, c'était à l'action de la pyocyanine qu'étaient dus les accidents et l'immunité. Or elle ne peut déterminer ni l'un ni l'autre. Injectée pure aux animaux, elle ne produit rien de particulier. Donc la fonction chromogène est ici indépendante de la fonction pathogène. On ignore encore si c'est le même produit qui, selon les doses et le mode de l'introduction donne des accidents ou l'immunité, ou bien s'il existe une matière vaccinante à côté d'une matière pathogène. Il est bien probable que c'est le même corps qui agit, et que son action se trouve pathogène pour devenir vaccinante. Toute conclusion est prématurée, car rien n'est encore plus obscur que la question des vaccins, mais il est certain qu'on ne tardera à y porter la lumière, surtout s'il y a pour cela beaucoup de travaux aussi féconds en résultats que celui de M. Charrin.

Georges Lemoine (de Lille).

REVUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

I. — Le traitement des hémorrhagies post-partum, par M. Dührssen, de Berlin.

II. — Sur la sollicitation et la régularisation des contractions utérines pendant le travail, au moyen du seigle ergoté, par M. Schatz, de Rostock.

III. — Sur les agents de désinfection pour l'antisepsie obstétricale dans la pratique des sages-femmes, par le Dr Battlehner, de Carlsruhe.

IV. — Sur la ventrofixation de l'utérus, par M. Kustner, de Dorpat. — Communications faites au troisième Congrès de la Société allemande de Gynécologie, tenu à Fribourg en Brisgau, les 12-14 juin 1889. *Centralblatt für Gynaekologie*, 1889, n° 32.

I. — M. Dührssen, pour montrer tout l'intérêt pratique qu'offre la question du traitement des hémorrhagies post-partum, a produit des renseignements statistiques qui démontrent qu'en Prusse, chaque jour une femme, en moyenne, succombe à cette cause de mort. Or un moyen sûr d'abaisser dans des proportions notables ce chiffre de mortalité consiste dans l'emploi du tamponnement utéro-vaginal. L'auteur croît avoir été le premier à vulgariser ce mode d'intervention, dans son pays, à en démontrer l'innocuité et l'efficacité. Celle-ci dépend surtout de l'emploi précoce du tamponnement, et la méconnaissance de ce principe a été la cause de bien des insuccès.

L'action hémostatique du tamponnement résulte à la fois d'une contraction durable imprimée à l'utérus et de la compression exercée sur cet organe par le tampon. L'emploi de ce moyen est donc rationnel contre les hémorrhagies dues à une atonie complète de l'utérus, contre les métrorrhagies en rapport avec une insertion vicieuse du placenta, et contre celles qui tirent leur source d'une déchirure du col; seulement, quand le sang vient du segment inférieur de la matrice, il faut, pour tarir l'hémorrhagie, tamponner à la fois le vagin et l'utérus.

Le tamponnement se pratique avec une bandelette de gaze iodoformée contenant 10 à 20 0/0 d'iodoforme, de la largeur de la ; main on peut aussi employer de la ouate hydrophile, ou simplement de la toile, l'une et l'autre rendues aseptiques par un séjour de cinq minutes dans de l'eau bouillante et par le contact avec une solution phéniquée à 3 0/0. Dans ces conditions il n'y a pas à redouter la pénétration de produits septiques dans les organes génitaux de la femme. Pour éviter que des germes pathogènes soient entraînés du vagin dans l'utérus, on a soin de faire, au préalable, des injections vaginales antiseptiques.

M. Dührssen a eu recours au tamponnement dans 57 cas d'hémorrhagies post-partum ; une seule fois le moyen a échoué et dans un cas où on avait à lutter contre des complications exceptionnelles.

A propos du travail de M. Dührssen, M. Olshausen a fait valoir que dans un cas d'hémorrhagie *post partum*, il importe de se renseigner d'abord sur l'origine de l'hémorrhagie. Les pertes de sang en rapport avec une déchirure du col sont plus fréquentes qu'on ne le supposait jadis, et contre les hémorrhagies de cette nature on a préconisé depuis longtemps le tamponnement du vagin, tandis que les injections vaginales ne sont pas seulement inutiles, mais dangereuses, car elles prédisposent à de nouvelles pertes. Dans les cas de métrorrhagies par atonie de l'utérus, le tamponnement constitue une faute; il se peut qu'au début, le contact du tampon détermine la contraction de l'utérus ; mais plus tard, c'est l'effet inverse qui

se produit. A la policlinique d'accouchement de Berlin deux femmes sont mortes d'hémorrhagies puerpérales, après avoir subi le tamponnement, et M. Olshausen incrimine ce mode d'intervention dans le dénouement fatal. Un accoucheur expérimenté n'a du reste que très rarement a combattre des hémorrhagies post-partum par atonie de l'utérus, et alors le remède le plus efficace réside dans la compression bimanuelle et le massage de l'utérus. D'autre part, le tamponnement exige une perte de temps qui peut être très préjudiciable à la femme. Bref, avant qu'on puisse prétendre généraliser l'emploi du tamponnement contre les hémorrhagies *post-partum*, il faudrait, suivant M. Olshausen, démontrer l'immunité de ce mode d'intervention, en se fondant sur des observations plus nombreuses et réellement probantes.

M. Veit, de Berlin, et M. Fehling, de Bâle, se sont ralliés aux vues de M. Olshausen. M. Battlehner, de Carlsruhe, a surtout fait ressortir combien il serait dangereux de confier le tamponnement aux sages-femmes qui, pourtant, sont chargées de mener à bonne fin la plupart des accouchements.

M. Dohrn, de Königsberg, a vu le tamponnement tarir des métrorrhagies *post-partum* par inertie utérine, dans des cas où les autres remèdes usités avaient été employés sans résultat. M. Küstner, qui pratique dans une ville (Dorpat) où les hémorrhagies *post-partum* sont d'observation très fréquente, a eu très souvent recours au tamponnement, avec le meilleur succès. Enfin, M. Stehberger a signalé les bons résultats qu'on retire à Mannheim, du tamponnement pratiqué avec des fragments de glace, dans les cas d'hémorrhagies consécutives à la délivrance.

II. — M. Schatz, de Rostock, a fait des recherches cliniques sur le mode d'action des agents employés pour réveiller les contractions utérines pendant le travail. En pareille circonstance, il ne suffit pas, pour intervenir utilement, de solliciter des contractions utérines, il faut, de plus, que celles-ci se succèdent avec la même régularité que les contractions spontanées normales. Tel n'est pas le cas pour les contractions utérines provoquées par le massage ou l'électricité. Le moyen le plus sûr d'obtenir le résultat désirable consiste à porter des excitations sur la surface interne de l'utérus; mais encore risque-t-on de ne pas obtenir des contractions utérines bien coordonnées, si les excitations sont trop fortes; de plus, ce mode d'intervention n'est pas précisément très facile.

Reste l'emploi des agents médicamenteux qui passent pour exciter les contractions de l'utérus. On a vanté comme tels, une série de préparations de provenance américaine. Entre les mains de M. Schatz, une seule de ces préparations, l'extrait fluide de seigle ergoté, a donné des résultats satisfaisants. Ces résultats, l'auteur les a formulés dans ces termes :

1° Les contractions utérines provoquées par le seigle ergoté ont absolument la même forme que les contractions normales. C'est à tort qu'on considère les contractions sollicitées par le seigle ergoté comme étant d'ordre tétanique.

2° Le seigle ergoté est incapable de renforcer les contractions utérines spontanées, il ne peut qu'accroître leur fréquence. C'est seulement quand cette fréquence devient excessive, que les contractions utérines perdent de leur force, de leur ampleur (ainsi que le prouvent des tracés recueillis et présentés par l'auteur). Il faut doser le médicament de telle sorte qu'on obtienne une fréquence de contractions utérines normale.

M. Schatz a constaté que l'action de l'extrait fluide d'ergot de seigle sur l'utérus se manifeste un quart d'heure environ après l'administration interne du médicament et qu'elle atteint son apogée au bout d'une demi-heure. Le médicament ne doit être administré que toutes les heures au plus; le nombre des contractions utérines doit être enregistré par une personne compétente. Quant à la dose, M. Schatz, dans ses expériences, donnait 12 gouttes d'extrait fluide d'ergot de seigle. Il n'y a aucun avantage à incorporer le médicament par la voie sous-cutanée, parce que, dans ces conditions, l'effet est plus long à se produire.

En fin de compte, M. Schatz conclut que le seigle ergoté est un remède tout à fait remarquable, lorsqu'il s'agit de faciliter et d'accélérer le travail de la parturition.

M. Küstner, de Dorpat, a préconisé la cornutine comme étant la meilleure de toutes les préparations tirées de l'ergot de seigle; seulement la cornutine présente ce double désavantage, d'être d'un prix assez élevé, et de s'altérer rapidement.

III. M. Battlehner, de Carlsruhe, partant de ce principe qu'on ne saurait s'abstenir de faire des injections vaginales antiseptiques chez les femmes en couches, a soulevé la question de savoir quels sont les agents d'antisepsie dont l'emploi doit être abandonné de préférence aux sages-femmes. On est d'accord, depuis longtemps, pour éliminer le sublimé de la liste de ces antiseptiques. M. Battlehner se demande si cette proscription ne doit pas être étendue à l'acide phénique, dont l'emploi a donné lieu à maintes intoxications, dans la pratique obstétricale? La créoline, dont l'action est très incertaine, doit incontestablement être éliminée. Le permanganate de potasse, un antiseptique à la fois très efficace et très inoffensif, a l'inconvénient de produire des eschares superficielles, avec une grande facilité. Reste l'acide acétique, dont l'action parasiticide serait très puissante, d'après les expériences faites par Engelmann, chez des sujets atteints de la diphtérie. Cette action parasiticide s'exerce plus en profondeur que celle du sublimé et de l'acide phénique. L'acide acétique présente comme autres avantages, sa grande innocuité, son prix peu élevé, sa puissance désodorisante, enfin la grande facilité avec laquelle on trouve à se le procurer, à la campagne comme à la ville. M. Battlehner a fait un large usage de l'acide acétique (même degré de dilution que pour l'acide phénique) dans la pratique obstétricale, et il conclut que c'est par excellence l'agent d'antisepsie dont l'emploi peut être autorisé chez les sages-femmes.

IV. — M. Küstner, de Dorpat, a fait connaître les résultats de sa pratique concernant la ventrofixation. L'auteur n'a eu l'occasion de pratiquer cette opération que dans des cas où l'utérus était fixé en rétroflexion par des adhérences. Dans ces cas, il n'a recours à la ventrofixation que lorsque l'emploi préalable du procédé de Schultze aboutit à un échec.

M. Küstner est partisan de l'emploi du cautère de Paquelin, pour la destruction des adhérences qui maintiennent l'utérus en rétroflexion. Quand on opère avec le bistouri, on a à craindre des hémorrhagies abondantes; de plus, en arrière de l'utérus affranchi de sa position vicieuse se forment de nouvelles adhérences inflammatoires. Enfin, avec l'emploi du cautère de Paquelin, on opère dans de meilleures conditions d'éclairage.

La ventrofixation constitue une méthode défectueuse quand elle est employée pendant la période d'activité génitale de la femme. En effet, s'il survient une grossesse après fixation de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, l'avortement est inévitable; deux faits relatés par M. Küstner en fournissent la preuve. C'est pourquoi l'auteur conseille de recourir aux ressources de l'orthopédie, après destruction des adhé-

rencesqui maintiennent l'utérus rétrofléchi, chez les femmes en âge de concevoir. De plus, en pareils cas, il faut toujours faire un essai préalable du procédé de Schultze, sinon on s'expose à entreprendre la laparotomie sans que cette opération soit réellement indiquée.

M. Frommel, d'Erlangen, d'accord en cela avec M. Olshaussen, estime que dans les cas de rétroflexion de l'utérus, on ne saurait être trop circonspect dans le recours à la laparotomie; ce mode d'intervention doit être réservé aux cas désespérés. La ventrofixation est une opération mal justifiée, car elle a pour résultat de substituer une position vicieuse de l'utérus à une autre. M. Frommel trouve préférable de procéder de la façon suivante : diviser les rétracteurs de l'utérus, après avoir contourné cet organe avec des anses en fil, en partant des extrémités des replis de Douglas ; les rétracteurs sont ensuite fixés à la paroi postérieure du bassin. L'opération se fait en peu de temps, la femme ayant le siège fortement relevé.

M. Sänger a pratiqué la ventrofixation douze fois, dont sept après castration préalable. Une des femmes qui a subi la ventrofixation simple était enceinte de cinq à six mois, en juillet dernier. Au début de sa grossesse elle avait éprouvé des tiraillements douloureux ; à plusieurs reprises elle a perdu du sang. M. Sänger espère que la grossesse suivra son cours jusqu'à terme. Dans aucun des cas opérés par M. Sänger, la rétroflexion ne s'est reproduite ; on ne saurait donc repousser la ventrofixation de parti-pris.

M. Veit, de Berlin, est d'avis que la castration dispense de recourir ensuite à la ventrofixation. Si après la castration, la rétroflexion se reproduit, elle occasionne moins d'incommodités que précédemment.

M. Skutsch, de Iéna, fait remarquer que le procédé de Schultze doit être employé avec beaucoup de douceur ; il faut chercher à rompre les adhérences, d'une façon progressive, et en plusieurs séances. C'est seulement en cas d'échec qu'on sera autorisé à procéder à la laparotomie pour faire la ventrofixation.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

De la mélanose du globe oculaire, par le Dr Vanhoutte. (Thèse de Paris 1889).

Cornée, conjonctive, tissu cellulaire épiscléral, iris et choroïde peuvent être le point de départ des tumeurs mélaniques développées dans le globe oculaire. Tous les néoplasmes de l'œil à pigment mélanique sont graves ; les externes moins que les intra-oculaires. L'extirpation simple, avec conservation de l'œil et cautérisation au galvano-cautère de la plaie opératoire, doit être tentée lorsque la tumeur mélanique externe, peu développée, est enlevable en totalité. Lors de tumeurs mélaniques externes difficiles à enlever, ou intra-oculaires il faut énucléer l'œil le plus tôt possible et tant qu'il n'y a pas généralisation. Le curage de l'orbite toujours indiqué, après la perforation du globe oculaire, lorsque le néoplasme a envahi les parties molles, est utile avant cette période, il met à l'abri des récidives.

Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique, par le Dr Louvet (Thèse de Paris, 1889).

L'ophthalmie sympathique présente deux formes bien distinctes. L'une (ophthalmie migratrice de Deutchmann) de nature infectieuse, due à la migration d'un œil vers l'autre de microbes pathogènes par la voie des nerfs optiques, débute par de la papillite, elle est très grave. L'autre (ophthalmie sympathique véritable) causée par un processus irritatif qui retentit d'un œil sur l'autre d'une manière réflexe, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires commence par de l'irido-cyclite ; elles est plus bénigne. L'énuclation de l'œil est le traitement dans les deux cas. Elle doit être précoce dans le premier, peut être évitée par fois dans le second, où une simple sclérotomie retro-cicatricielle suffit quelquefois.

Du traitement de la surdité consécutive a l'otite moyenne purulente, par le Dr Pottier (Thèse de Paris 1889).

Due à des causes diverses, la surdité consécutive à l'otite moyenne purulente nécessite un traitement variable avec ses causes. Si, elle n'est pas d'origine nerveuse, elle est occasionnée en général par l'absence ou l'insuffisance des mouvements de l'articulation stapedo-vestibulaire. Pour obtenir la mobilisation de cette articulation, les moyens employés sont : l'application d'un tympan artificiel, la section des brides et des synéchies, la mobilisation de l'étrier. Si la lésion nerveuse causée par l'otite purulente est peu avancée le remède est encore dans la mobilisation de l'étrier.

Contribution a l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin, par le Dr Jouve (Thèse 1889).

La dénomination classique de prolapsus utérin est mauvaise car il y a toujours, outre la descente de l'utérus, prolapsus du vagin, cystocèle et rectocèle. Le terme de prolapsus vaginaux conviendrait mieux.

Quoi qu'il en soit pour la production du prolapsus utérin, il faut : 1° que les ligaments utérins et particuliérement les utéro-sacrés aient perdu leur résistance ou soient atteints de faiblesse congénitale ; 2° que le périnée ait été déchiré ou que le plan musculaire sous-jacent ait été rompu, ou se soit naturellement à peine développé : 3° enfin qu'un effort soit brusque et violent, soit lent, continu ou à répétition s'exerce sur les organes du petit bassin.

La cystocèle et le rectocèle précèdent presque toujours le prolapsus utérin et y contribuent dans une large mesure. L'emploi des pessaires est inefficace et dangereux. Il faut recourir au traitement chirurgical. C'est la colpopérinéorraphie par le procédé de Martin que l'auteur préconise.

Etude sur les complications des fibromes-myomes de l'utérus par le Dr Coffin (Thèse de Paris 1889).

Les fibro-myômes de l'utérus, histologiquement bénins, peuvent devenir graves par leurs complications (hémorrhagies, occlusion intestinale, urémie, douleurs intolérables). La gravité de ces complications dépend non pas du volume de ces tumeurs mais de leur siège. Situées au-dessous du détroit supérieur les tumeurs fibreuses sont plus dangereuses que placées au-dessus. Elles sont parfois une cause de stérilité, plus souvent d'avortement ou d'accouchement prématuré; prédisposent aux présentations pelviennes ; mettent quelquefois obstacle absolu à l'accouchement naturel ; enfin, après la délivrance, amènent parfois une hémorrhagie grave par inertie utérine.

Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col de l'utérus, par le Dr Barraud (Thèse de Paris, 1889).

Dans les cancers du col utérin, l'hystérectomie partielle, opération moins grave en elle-même que l'hystérectomie

totale, doit être tentée chaque fois qu'avec son aide on peut enlever tout le tissu néoplasique. Dans les cas contraires, il faut recourir à l'hystérectomie totale. L'anatomie-pathologie nous montre que le cancroïde de la portion vaginale du col pénètre peu profondément tandis que le carcinome de la muqueuse intra-cervicale et les nodules carcinomateux diffusent en tous sens. A priori donc l'hystérectomie partielle doit être réservée à la première variété, l'hystérectomie totale aux deux autres. Ces données, fournies par l'anatomie pathologique sont trop vagues ; elles doivent être précisées davantage par un diagnostic topographique. Le toucher intra-utérin, précédé de l'incision bilatérale du museau de tanche ou mieux de la dilatation, est seul capable de nous donner ces notions.

Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme, par le Dr Sabileau (Thèse de Paris, 1889).

Les ascites qui accompagnent les tumeurs du petit bassin, se divisent en ascites simples, gélatineuses, à éléments épithéliaux, à organismes inférieurs, à globules rouges, chyliformes, bilieuses, dermoïdes. Elles s'accompagnent des lésions suivantes du péritoine : lavure, irritation, inflammation simple ou spécifique. Elles se montrent dans toutes les espèces de tumeurs du petit bassin mais surtout dans les tumeurs malignes (kystes végétants, épithéliomas de l'ovaire).

L'ascite simple ne semble pas avoir une pathogénie unique ; la réaction du péritoine contre l'irritation que lui cause la tumeur paraît cependant l'élément principal de l'apparition du liquide. L'ascite chyliforme est due à la péritonite chronique. La rupture d'un kyste de l'ovaire ou la sécrétion de ses végétations externes produit l'ascite gélatineuse. Les ascites bilieuses ont d'ordinaire une origine hémaphéique. Les tumeurs malignes engendrent l'ascite sanguine bien que celle-ci puisse coïncider avec une tumeur bénigne. Pour diagnostiquer la nature de la tumeur cachée sous l'ascite, il faut pratiquer la ponction ou mieux l'incision exploratice. La présence de l'ascite n'assombrit pas le pronostic des tumeurs de l'abdomen. Elle favorise quelquefois l'opération. Cependant les lésions inflammatoires du péritoine sont une mauvaise chose pour son succès. Si l'épanchement de liquide dans le péritoine n'est jamais une contre-indication à l'opération des tumeurs, elle force à faire la toilette du péritoine et le drainage.

De la galactophorite, par le Dr Cataliotti (Thèse de doctorat 1889).

Le galactophorite (abcès intéro-mammaire canaliculaire de Chassaignac) est caractérisée anatomiquement par une inflammation des lobules de la glande mammaire et de ses conduits galactophores; cliniquement par l'issue du pus par les conduits lactés au niveau des mamelons. Ni l'engorgement du sein, ni la lymphangite ne lui donne naissance. C'est une inflammation microbienne qui, partie du mameIon sain ou excorié, se propage par les conduits galactophores jusqu'aux acini. Le traitement consiste dans l'évacuation complète du pus par l'expression de la glande mammaire.

De la castration dans la tuberculose du testicule, par le Dr Bastide (Thèse de Paris, 1889).

La castration, lors de tuberculose des testicules, semble moins en honneur aujourd'hui qu'il y a quelque temps. M. Bastide ne la conseille que dans peu de cas. 1° Lorsque la tuberculose, localisée à un seul testicule, a produit de nombreuses fistules et une désorganisation complète de la glande séminale : 2° dans les cas où, avec un état général satisfaisant, les testicules et les organes voisins étant atteints, une suppuration abondante et interminable menace la vie du malade : 3° enfin lors de tuberculisation primitive aiguë du testicule avec bon état général.

De l'ostéite tuberculeuse des métacarpiens et des phalanges et de son traitement, par le Dr Brezzi (Thèse de Paris 1889).

La situation superficielle des métacarpiens et des phalanges les expose aux pressions et froissements de toute sorte ; d'où la localisation de la tuberculose en ces points. L'affection débute par les os pour s'étendre aux parties molles, aux lymphatiques, enfin aux ganglions sus-épitrochléens et axillaires qui peuvent s'abscéder. La symptomatologie peut être divisée en trois périodes : 1° période de douleur, 2° période d'abcès, 3° période de fistules. Afin d'éviter le raccourcissement du doigt et la gêne des mouvements provenant de la destruction du tendon extenseur ainsi que l'immobilisation dans une mauvaise position, il faut interveuir soit par la résection sous-périostée, soit par le grattage.

Valeur de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage, par le Dr Vincent (Thèse de Paris, 1889).

La gastrotomie dans le cancer de l'œsophage n'est jamais curative, elle est toujours palliative. Elle est indiquée lorsque le malade non encore trop affaibli est incapable de se nourrir suffisamment. Elle procure dans ces cas à l'opéré, une survie appréciable et un soulagement immédiat. Elle doit encore être pratiquée chez le malade cachectique et dans le cas où il y a doute sur la nature du rétrécissement, lorsque la dysphagie est complète. Elle ne saurait être remplacée par la sonde à demeure qui peut causer des accidents graves.

Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, par le Dr Potherat (Thèse 1889).

Souvent difficiles à diagnostiquer les kystes hydatiques du foie peuvent être surtout confondus avec les kystes de l'ovaire avec les épanchements pleuraux. La première erreur a été avantageuse en appelant une intervention chirurgicale efficace ; la seconde a été funeste car elle a causé des accidents septiques. La ponction capillaire peut éclairer le diagnostic ; mais c'est surtout l'examen des urines qui peut servir à cet effet. L'acide nitrique révèle toujours la présence des sels biliaires. Le traitement varie avec les cas. Si le kyste n'est pas suppuré, s'il ne contient pas de vésicules filles, on aura recours à la ponction avec injection de sublimé. Si le kyste n'est pas suppuré, s'il contient de nombreuses vésicules filles, il faut l'inciser largement. Le kyste est suppuré, on doit faire une large incision aseptique. « Le siège de cette incision variera avec la situation du kyste : l'antéro-inférieur réclame la laparotomie, médiane souvent, latérale quelquefois ; le postéro-inférieur doit être ouvert par la voie lombaire : le postéro-supérieur par la voie transpleuro-péritonéale postéro-latérale ; enfin le postéro-inférieur par la laparatomie antérieure, le plus souvent latérale avec hépatotomie, hépatectomie au besoin, mais jamais énucléation. »

Dr Eugène Cohen.

Etude sur le rein des urinaires, par J. Albarran, interne lauréat des hôpitaux (Th. Paris, 1889).

L'étude que M. Albarran a faite du rein des urinaires présente un intérêt particulier dû à ce que dans tout son travail

il s'est basé à la fois sur l'expérimentation et sur la clinique; chacun des symptômes observés au lit des malades, a pu être provoqué artificiellement; chaque lésion rencontrée à l'autopsie a été retrouvée sur un animal en expérience. C'est pour le clinicien une vive satisfaction que de recevoir une explication scientifique de phénomènes journellement observés par lui et de voir les hypothèses édifiées jusqu'alors se transformer en des faits irréfutables.

Tout d'abord M. Albarran démontre, au point de vue clinique et expérimental, la différence qui existe entre la néphrite infectieuse, et non infectieuse. Cette dernière est produite expérimentalement par une ligature aseptique de l'uretère, fait qu'avaient déjà constaté Strauss et Germont; mais ces auteurs n'avaient décrit que le refoulement et le tassement des éléments du rein et la dilatation kystique de leurs cavités, tandis qu'Albarran y a trouvé un certain degré de sclérose. Ces lésions se retrouvent chez l'homme dans certains cas de compression de l'uretère par une tumeur et dans des cas plus communs et plus intéressants quand il existe une stagnation d'urine et une dilatation du réservoir vésical.

Pendant un temps plus ou moins long la néphrite reste aseptique et on peut admettre que la grande majorité des néphrites des urinaires débutent ainsi. Pour que la néphrite devienne infectieuse, il est indispensable qu'il s'y ajoute un élément étranger, un parasite. C'est ici que les faits nouveaux abondent dans le travail de M. Albarran. D'une part il a démontré la nécessité de la présence d'un microorganisme pour produire l'infection; d'autre part il a isolé et étudié différents microbes qui peuvent se trouver soit isolés soit combinés pour produire des infections plus ou moins graves et à marche plus ou moins rapide.

Parmi ces organismes, le plus important est le *bacterium pyogenes*. Déjà décrit par M. Clado sous le nom de *bactérie septique de la vessie*, il avait été retrouvé dans les abcès urineux et certains abcès rénaux par Hallé et Albarran; une communication sur ce sujet faite à l'Académie de médecine a paru *in extenso* dans la *Gazette médicale* au mois de septembre de l'année dernière. Dans l'immense majorité des cas, le *bacterium pyogenes* existe; le plus souvent il se montre à l'état de pureté, mais Albarran l'a trouvé associé à des microcoques, à un bacille, au streptocoque pyogène. Deux fois enfin sur 26 cas l'infection a été produite par ce dernier microbe isolé.

La voie que les organismes suivent, pour atteindre le rein, est double et l'infection est ascendante ou descendante. Dans le premier cas, de beaucoup le plus commun, les organismes introduits dans la vessie y séjournent un temps plus ou moins long puis gagnent les uretères et les bassinets. Cette ascension ne s'opère pas fatalement dès qu'un microbe reste dans la vessie. De même qu'il ne suffit pas qu'un microbe soit introduit dans ce réservoir pour qu'il y ait cystite, de même une inflammation peut rester longtemps limitée à la vessie. Les conditions qui président à l'extension, encore incomplètement déterminées, relèvent de l'état d'altération plus ou moins grande des voies urinaires elles-mêmes; et surtout de leur dilatation préalable. Cela revient à dire que le plus souvent une néphrite simple non infectieuse, consécutive à un obstacle au libre écoulement de l'urine, précède la période infectieuse de la néphrite.

Quant aux néphrites descendantes, elles sont toujours consécutives à une infection générale, car c'est par les vaisseaux afférents du rein que les organismes pénètrent, s'arrêtent dans le parenchyme rénal et y déterminent des lésions spéciales: le plus souvent alors les néphrites ascendantes et descendantes coïncident et cette dernière est une complication des plus graves.

Abordant le côté clinique de la question, l'auteur donne une courte description des néphrites simples non suppurées d'origine microbienne. Sans reprendre toute la symptomatologie des néphrites des urinaires, qui est connue, il insiste sur trois symptômes qui permettent un diagnostic précoce. Ce sont l'albuminurie, en général faible (une forte proportion d'albumine indiquerait l'existence d'une lésion rénale d'ordre médical), la diminution de la quantité d'urée qui atteint à peine 12 grammes en vingt-quatre heures; enfin la présence de cylindres rénaux.

Quant aux néphrites suppurées, l'étude clinique en a été faite depuis longtemps. M. Albarran montre les rapports de la fièvre dite urineuse avec les lésions rénales. Il résulte de ses recherches que la fièvre est due à la pénétration des organismes dans le sang et qu'elle peut exister sans lésions rénales suppurées; mais elle manque dans la néphrite suppurée des vieillards; elle se manifeste par une élévation de température durant quelques jours chez les malades non épuisés.

Ces différences tiennent aux microbes qui sont d'espèce différente. L'infection produite par le streptocoque paraît plus constamment fébrile, et se rapproche plus de l'infection chirurgicale que l'infection par le *bacterium pyogenes*. Le second facteur qui intervient est le degré de résistance du malade, la réaction de l'organisme est qui capitale; si celui-ci est trop affaibli, la fièvre manque ou ne se manifeste que par une élévation finale.

Ces considérations permettent de bien concevoir la pathogénie des accidents urineux. Un microbe a pénétré dans l'appareil urinaire soit depuis longtemps, soit au moment même d'une intervention. Il peut y séjourner sans produire d'accidents graves: s'il s'introduit dans l'économie, il est porté dans le parenchyme rénal; lorsque celui-ci est indemne ou peu altéré, cet organisme est éliminé et le malade guérit; si au contraire le fonctionnement du filtre est altéré, soit par le fait d'une lésion ancienne comme dans les néphrites invétérées, soit par une congestion récente, le microbe est retenu et les accidents d'infection générale se précipitent.

Nous ne pouvons poursuivre plus loin l'analyse de ce remarquable travail; son importance est capitale et il est certain qu'il fera date dans l'histoire des accidents généraux et locaux des maladies des organes urinaires.

E. Desnos.

BULLETIN

Effets physiologiques de la liqueur d'absinthe. — Action du venin de la vipère.

On se rappelle que, dans une récente communication, MM. Cadéac et A. Meunier (de Lyon), avaient fait connaître à l'Académie les résultats de leurs recherches concernant le rôle des différentes substances qui entrent dans la composition de la liqueur d'absinthe. Les conclusions issues de ces recherches étaient d'une grande portée, car elles ne tendaient rien moins qu'à innocenter l'essence d'absinthe proprement dite pour faire porter sur les essences qui lui sont adjointes en proportion variable la responsabilité des effets toxiques consécutifs à l'usage de la liqueur populaire. En effet, dans une série d'expériences empreintes d'une certaine rigueur apparente, MM. Cadéac et A. Meunier avaient cru reconnaître que la véritable cause des accidents caractéristiques de

l'absinthisme devait être attribuée presque exclusivement à ces dernières essences (anis, badiane, coriandre) dont le rôle avait été jusqu'à présent méconnu ou peu défini : l'essence d'absinthe elle-même ne prenant plus qu'une part effacée, accessoire à la production de ces accidents. De là, dans leur pensée, l'opportunité de substituer au mot *absinthisme* le terme d'*anisisme*, comme plus propre à spécifier la véritable origine de l'intoxication absinthique. Cette interprétation nouvelle fut accueillie au sein de l'Académie avec une réserve dont la séance d'hier a montré le bien-fondé.

En effet, il suffit de rappeler ici les recherches déjà anciennes de MM. Magnan, Dujardin-Beaumetz et Audigé, Laborde, pour montrer combien le doute est permis en ce qui concerne la légitimité des conclusions proposées par les deux expérimentateurs de Lyon. Aussi, en présence de l'hésitation que celles-ci paraissaient devoir autoriser, M. Laborde pris en quelque sorte à partie, s'est-il cru obligé de venir réitérer ses affirmations d'autrefois, touchant la nocivité propre de l'essence d'absinthe pure; il a fait mieux que d'affirmer, il est venu mettre sous les yeux du public, et nonobstant les protestations bruyantes d'une personnalité féminine indignée, la démonstration expérimentale de cette nocivité. Il a renouvelé devant l'Académie une expérience déjà reproduite bien des fois, et qui consiste à inoculer à un cobaye adulte, par la voie sous-cutanée, une quantité déterminée d'essence d'absinthe pure (1 cent. cube). Cinq minutes après, l'animal était pris de convulsions violentes, véritable attaque d'épilepsie qui, procédant par accès successifs et subintrants, ne laisse plus de répit à l'animal jusqu'au moment de la mort qui survient une heure au plus après l'injection. L'expérience que M. Laborde a reproduit hier a toujours donné les mêmes résultats; elle est donc vraiment typique et semble absolument décisive. Observe-t-on les mêmes phénomènes après l'inoculation des diverses essences qui entrent dans la fabrication commerciale de la liqueur d'absinthe? M. Laborde répond résolument par la négative, en s'appuyant précisément sur cette contre-expérience qui consiste à introduire, sous la peau d'un cobaye, la même dose d'essence d'anis (1 gramme) où même une dose deux ou trois fois plus forte; on ne constate, dans ce cas, aucune trace d'attaque épileptique. L'animal reste blotti dans un coin, offrant seulement une sorte de somnolence.

On voit donc que les conclusions de MM. Cadéac et Meunier diffèrent radicalement de celles de M. Laborde, au point que celles-ci pourraient être considérées comme la négation de celle-là. Peut-on expliquer une pareille divergence dans une question sur laquelle, en apparence du moins, l'accord paraît facile ? M. Laborde est porté à croire, lui, que ses adversaires n'ont pas expérimenté avec l'essence d'absinthe vraie, avec l'essence pure. Car il y a plusieurs variétés d'essence d'absinthe. Celle d'origine algérienne, par exemple, est loin de posséder des propriétés toxiques aussi prononcées que celle dont nos distillateurs font journellement usage pour la préparation de leur produit : — Or dans l'appréciation des effets de la liqueur, on ne doit tenir compte que de cette dernière, l'autre n'intervenant dans sa composition qu'à titre tout à fait exceptionnel.

On voit, en définitive, que cette grande question du danger de l'absinthe se trouve posée à nouveau et qu'elle appelle encore d'autres recherches. Il est à croire, du reste, que le débat ne sera pas clos avec les protestations de M. Laborde et que ses adversaires tiendront à honneur de maintenir et de préciser leur précédentes affirmations. Nous ne pouvons nous prononcer dans un litige où le dernier mot appartient à la physiologie expérimentale. Néanmoins nous ne cacherons pas notre préférence en faveur de l'opinion de M. Laborde qui, en outre d'un appui expérimental solide, semble avoir pour elle la clinique et l'observation de chaque jour. Mais ce qui est à craindre, c'est l'effet produit dans la masse du public par ces contradictions apparentes entre les hommes de science, car ces contradictions seront exploitées par la masse des intéressés, c'est-à-dire par l'immense armée des buveurs d'absinthe pour qui tous les arguments sont bons quand il s'agit de justifier à leurs propres yeux une habitude devenue le fléau le plus dangereux de la société moderne.

Puisque nous sommes sur le terrain de la toxicologie, on comprendra par quelle association d'idées nous sommes appelés maintenant à traiter une question qui se rattache elle-même d'une manière immédiate à l'histoire des poisons. La *Revue scientifique* vient de consacrer en effet un article extrêmement intéressant à l'exposé des recherches que M. Kaufman a fait récemment concernant l'action du venin de la vipère. Il s'agit là d'un sujet en apparence épuisé et sur lequel on pourrait croire que tout a été dit, depuis le livre de Fontana et depuis les remarquables travaux de notre distingué confrère M. Viaud de Grand-Marais. Il restait pourtant quelques points obscurs touchant l'action physiologique de ce venin : par exemple, l'influence qu'il exerce sur le système nerveux, sur la composition du sang, ou bien son mode de répartition dans les différentes parties de l'organisme. Les recherches de M. Kaufman auront puissamment aidé à résoudre ces multiples questions.

En ce qui concerne les effets produits sur le système nerveux, M. Kaufman a noté une action anesthésiante et analgésiante, qu'il compare volontiers à celle de la cocaïne ; mais l'animal inoculé ne perd pas connaissance, il continue à donner des preuves de la conservation de son intelligence. Il n'y a pas narcotisation proprement dite. Du côté du système circulatoire les phénomènes sont beaucoup plus accentués. On peut les résumer en disant que le venin de la vipère produit surtout une énorme dépression de la tension artérielle; cette dépression explique l'accélération et l'affaiblissement graduel des contractions du cœur et la dilatation des capillaires viscéraux qui rend compte à son tour des congestions, des suffusions hémorrhagiques, des apoplexies sanguines que M. Kaufman a noté dans toutes ses expériences. La prédominance de ces dernières lésions au niveau du tube digestif est un fait très remarquable, constant, mais dont on ne peut actuellement fournir d'explication.

Les altérations du sang paraissent jouer un rôle secondaire. Elles ne sont guère représentées que par un changement morphologique des globules dont le contour normalement discoïde tend à devenir sphérique ; mais la propriété d'absorption vis-à-vis de l'oxygène reste intacte, par conséquent l'asphyxie ne peut de ce chef entrer en ligne de compte dans le mécanisme de la mort.

Une question importante était celle de savoir si la toxicité du venin de la vipère est le fait du venin lui-même ou si elle doit être attribuée aux microbes qu'il renferme. Sur ce point, la réponse de M. Kaufman est précise. Les microbes ne jouent aucun rôle dans les phénomènes d'empoisonnement : ceux que l'on rencontre au voisinage de la piqûre sont des microbes indifférents venus du dehors et qui restent étrangers à l'action du venin. Le mode de diffusion de celui-ci a également préoccupé M. Kaufman qui a constaté sa répartition uniforme

dans tous les organes; il n'y a pas ici de tendance à la localisation du poison dans une région déterminée, comme c'est le cas pour le virus de la rage qui se cantonne de préférence dans la région bulbaire.

Étant donnée l'analogie qui existe entre le venin des serpents et les virus propres de certaines maladies infectieuses, il y avait lieu de se demander si la méthode des injections préventives, vis-à-vis du venin de la vipère, pourrait trouver son application. En d'autres termes l'inoculation de doses faibles de ce venin à des animaux peut-elle leur conférer l'immunité contre les doses plus fortes? Les recherches de M. Kaufman sur cette question si intéressante n'offrent malheureusement pas toute la précision désirable. Avec plus de raison, selon nous, il s'est attaché à déterminer le meilleur antidote du venin. Les expériences qu'il a institué sur ce point relèguent au second plan l'action de certaines substances longtemps réputées efficaces, comme le nitrate d'argent, le bichlorure de mercure, le permanganate de potasse, et mettent au premier rang l'acide chronique qui, injecté en solution à 1 0/0 au voisinage même de la piqûre, lui a semblé exercer un effet extrêmement favorable. Cette dernière conclusion représente le côté vraiment pratique du travail de M. Kaufman. Elle mériterait à elle seule les longues et consciencieuses recherches qui ont valu à l'auteur la haute distinction d'une récompense académique.

Dr MUSELIER.

NOTES ET INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Ce Congrès s'est ouvert jeudi dernier, à 10 heures du matin, dans la salle des Congrès, au Palais du Trocadéro, sous la présidence de M. E. Renon, directeur de l'Observatoire du Parc Saint-Maur. M. le ministre de l'intérieur, président d'honneur, s'était fait représenter par M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires.

Dans une courte allocution, après avoir rappelé que le succès du Congrès de Biarritz avait conduit tout naturellement à organiser de nouveaux congrès et à fonder ainsi une institution permanente, M. le Président montre les progrès que, grâce à la chimie et à la physique, l'hydrologie a réalisés, les rapports qu'elle a avec la climatologie, et la voie dans laquelle celle-ci doit s'engager pour sortir à son tour de son état d'empirisme encore trop rudimentaire.

M. le Dr de Ranse, secrétaire général, donne ensuite lecture de son rapport sur les travaux du bureau du Congrès de Biarritz et du Comité d'organisation du Congrès de Paris depuis l'Assemblée générale de clôture tenue à Biarritz le 8 octobre 1888 jusqu'à l'Assemblée actuelle. Il rend un nouvel hommage public au dévouement des initiateurs et des premiers organisateurs de cette œuvre internationale dont le haut intérêt n'a plus besoin d'être démontré et dont le succès est désormais assuré. Quatorze gouvernements étrangers (1), en effet, ont répondu à l'appel du Comité d'organisation et ont envoyé des délégués officiels au Congrès. D'autre part toutes les branches de la science qui donnent leurs concours à l'hydrologie et à la climatologie comptent au sein de l'Assemblée des représentants des plus autorisés. La session de Paris marquera ainsi une étape brillante dans les annales des deux sciences.

L'Assemblée procède à la nomination des membres du bureau du Congrès. Les membres du Comité d'organisation sont maintenus par acclamation dans leurs fonctions. Le bureau, complété par la nomination d'un président d'honneur étranger, de vice-présidents et d'un secrétaire, est définitivement ainsi composé :

Président d'honneur: M. le ministre de l'intérieur.

Président: M. Renou, directeur de l'Observatoire du Parc Saint-Maur, président de la Société météorologique de France.

Président d'honneur étranger : M. Winternitz, professeur à l'Université de Vienne, délégué du gouvernement autrichien.

Vice-présidents nationaux : M. le Dr Danjoy, président de la Société d'hydrologie de Paris; M. le Dr Constantin Paul, ancien président de la Société d'hydrologie de Paris, membre de l'Académie de médecine; M. le Dr Fines, directeur de l'Observatoire des Pyrénées-Orientales, à Perpignan.

Vice-présidents étrangers : M. Lancaster, météorologiste inspecteur de l'Observatoire royal de Bruxelles, délégué du gouvernement belge; M. le Dr Ceccherelli, délégué du gouvernement italien; M. Amos Calderon, vice-président de la Société d'hydrologie espagnole.

Secrétaire général: M. le Dr De Ranse, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Secrétaire : M. le Dr Schlemmer, secrétaire de la Société d'hydrologie de Paris; M. le Dr De La Harpe, médecin à Louèche (Suisse).

Le Congrès se réunit en séance générale à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Winternitz, président d'honneur étranger.

M. le PRÉSIDENT, en son nom et au nom des membres étrangers du Congrès, remercie l'Assemblée de l'honneur qu'on lui a fait en l'appelant, lui, étranger, à ces fonctions élevées; il rend hommage à l'initiative de la France qui marche toujours à la tête du progrès, et à l'hospitalité qu'elle prodigue généreusement à ses hôtes.

M. DE RANSE, secrétaire général, a la parole pour donner aux membres du Congrès des instructions générales relatives à la nomination des membres des bureaux des sections, à l'ordre du jour de chaque séance, à la réglementation des procès-verbaux, à l'étendue des communications et à la remise des manuscrits au président de chaque section, à la publication des travaux du Congrès, enfin aux excursions annoncées.

La réunion se sépare et les membres du Congrès se rendent dans leurs sections respectives pour instituer leurs bureaux, qui sont ainsi composés.

HYDROLOGIE SCIENTIFIQUE.

Président : M. le Dr Labat, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Vice-présidents nationaux : M. le Dr Bouloumié, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris; M. le Dr Barèty, médecin à Nice.

Vice-présidents étrangers : M. Bonkowsky-Bey, chimiste de sa Maj. le Sultan, à Constantinople, délégué du gouvernement ottoman; M. le Dr Poskin, membre de la Société de géologie et d'hydrologie de Bruxelles, délégué du gouvernement belge.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Président : M. le Dr Valery-Meunier, médecin aux Eaux-Bonnes.

Vice-présidents nationaux : M. le Dr Séuac-Lagrange, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris; M. le Dr Béni-Barbe, directeur de l'Établissement hydrothérapique d'Auteuil.

(1) Autriche, Italie, Espagne, Belgique, Danemark, Roumanie, Turquie, États-Unis, Brésil, Mexique, Chili, Bolivie, Japon, Hawaï.

Vice-présidents étrangers : M. le Dr Fazio, professeur à l'Université de Naples, vice-président de la Société d'hydrologie et de climatologie italienne; M. le Dr Donaciano Moralès, professeur à l'Université de Mexico, délégué du gouvernement mexicain.
Secrétaires : MM. les Drs Cazaux, Gandy, Boursier, Forestier.

Climatologie.

Président : M. Lemoine, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, vice-président de la Société météorologique de France.
Vice-présidents nationaux : M. le Dr de Valcourt, consul des Etats-Unis, à Cannes; M. le Dr Hameau, médecin à Arcachon.
Vice-présidents étrangers : M. Lawrence Rotch, délégué du gouvernement des Etats-Unis; M. Faralli, délégué de la Société météorologique italienne; M. Youji-Wada, délégué du gouvernement japonais.
Secrétaire : M. le Dr Deligny.

Le soir à 9 heures, les membres du Congrès se réunissent dans la salle des Thèses de la Faculté, où le Comité d'organisation leur a offert une réception. Le Doyen de la Faculté a bien voulu par sa présence répondre à l'invitation du Comité.

Vendredi matin à 9 heures ont commencé les travaux des sections. Nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans le Journal des *Sociétés scientifiques*.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE L'EMPYÈME

J'ai communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie de médecine l'observation d'un malade atteint d'un empyème thoracique, sur lequel j'avais appliqué une méthode nouvelle : résection costale très limitée, drainage et compression élastique. A l'époque où je présentai ce fait à l'Académie, le résultat me paraissait assuré et la guérison certaine.

Je viens d'avoir le plaisir de revoir mon opéré, et j'ai pu constater que son état est des plus satisfaisants. Il marche et monte les escaliers sans fatigue et sans essoufflement, et a notablement engraissé. La percussion et l'auscultation montrent qu'il n'y a plus trace d'épanchement. A l'endroit qu'il occupait, les deux feuillets de la plèvre glissent l'un sur l'autre en faisant entendre un bruit de frottement très manifeste.

En un mot, le malade est guéri.

Je me crois donc en droit d'appeler à nouveau l'attention sur la méthode que je propose au lieu et place de l'opération d'Estlander et qui est caractérisée :

1° Par la très petite longueur des portions costales réséquées ;

2° Par la compression élastique réalisée au moyen de l'application d'un appareil ouaté, plâtré, entourant la poitrine, sauf au niveau de l'épanchement, et de circulaires d'une bande élastique recouvrant le bandage et au niveau de l'épanchement par une épaisse couche de coton qui doit notablement dépasser le plan de l'appareil plâtré.

Dr Dubreuil.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Maurice Longuet, un des praticiens de province les plus distingués. Il avait été reçu interne le premier de sa promotion à la fin de 1871. Il a collaboré au Dictionnaire Jaccoud (Article *Lymphatique*, fait en commun avec le Dr Ledentu).

Longuet s'était fixé à Bourges en 1877. Sa mort prématurée laissera de nombreux regrets.

***

École de médecine et de pharmacie de Caen. — Par décret en date du 25 septembre, un concours s'ouvrira, le 26 mars 1890, à l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 25 septembre 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *au grade de directeur du service de santé,* M. Martialis Mérault; *au grade de médecin en chef,* M. Gardies (Léon-Henri-Prosper), médecin principal ; *au grade de médecin principal,* M. Bohan (Alain-François), médecin de 1re classe ; *au grade de médecin de 1re classe,* les médecins de 2e classe : MM. du Bois-Saint-Séverin (Louis, Marie) Dubec (Gabriel, Louis, Victor). Gauran (Jules-Joseph-Charles-François-Clément-Guillaume). Caslellan (Astins-Charles). Salaun (Alexandre-Julien-Gustave). Pons (Alexandre-Joseph-Marie).

***

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 22 septembre ont été promus : *Médecin principal de 2e classe,* M. Roux (Jacques-Michel) médecin-major de 1re classe; *médecin-major de 1re classe,* M. Lelorrain (Victor-Edouard), médecin-major de 1re classe en non activité pour infirmités temporaires.

— Sous la rubrique « la Grève des médecins » certains journaux commentent à leur façon un dissident survenu entre le parquet et les médecins de Rodez. Il s'agit du refus catégorique opposé par ces derniers de répondre à une récente réquisition. Alléguant divers prétextes, aucun d'eux n'a cru devoir se transporter pour procéder à l'autopsie du cadavre d'une jeune fille, trouvée morte le 28 août dernier, trois jours après sa disparition de chez ses parents. Estimant au reste qu'il n'y avait pas en l'espèce de flagrant délit puisque les journées des 28, 29 et 30 ont été employées par le parquet à adresser de vaines réquisitions non seulement aux médecins du chef-lieu, mais encore aux médecins de la zone environnante, ils prétendent ne tomber en aucune façon sous le coup de l'article 475 du Code pénal. C'est la thèse qu'a cherché à faire prévaloir leur défenseur vendredi dernier devant le tribunal de simple police où le corps médical de Rodez avait été traduit. Mais le parquet reste d'un avis tout différent et il est à prévoir que le prononcé du jugement remis à quinzaine entraînera une condamnation. On paraît décidé de part et d'autre à appeler de l'affaire que le juge de paix acquitte ou retienne les prévenus.

Les médecins du chef-lieu de l'Aveyron désirent qu'on ne se méprenne pas sur le caractère de la lutte par eux engagée, lutte amenée par les difficultés de jour en jour croissantes, semblerait-il, qu'ils éprouvaient à faire accepter leurs mémoires. Les comptes rendus de la Société de médecine locale témoignent qu'ils ont hésité longtemps avant d'arriver à la grave déteemination prise, que depuis deux ans des pourparlers existaient dans le but d'établir un *modus vivendi* et que ce n'est que de guerre lasse qu'ils se sont cru autorisé à faire usage des seules armes dont ils pouvaient disposer : refuser de prêter jusqu'à nouvel ordre tout concours à la justice.

Ch. Amat.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Aide mémoire d'hygiène et de médecine légale, par le professeur Paul Le Fort. — Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1 vol. in-18 cartonné, 3 fr.

L'Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale commence la série d'une collection qui constituera un Manuel complet du doctorat en médecine pour la préparation des examens.

L'auteur, avec une concision et une clarté remarquables, a passé en revue toutes les questions du 4e examen.

Grâce à ce livre, le candidat pourra acquérir rapidement les notions suffisantes sur toutes les matières de l'examen et revoir au dernier moment la question oubliée ou incomplètement étudiée; les noms des professeurs des diverses facultés de médecine sont cités en regard de la découverte qu'ils out faite, de l'idée qui leur est personnelle.

Grâce à ce livre, le candidat qui ne sera jamais embarrassé par aucune difficulté, sera sûr du succès.

L'année médicale (dixième année 1887). — Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales publié sous la direction du docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre avec la collaboration des principaux médecins. Un vol. in-18 broché de 473 pages, 4 fr. — Bureaux du *Progrès médical,* 14, rue des Carmes et à la librairie Lecrosnier et Babé, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hotel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. — Tome 2, fascicule 1er: Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires. Un vol. in-8 de 384 pages avec figures dans le texte, 6 fr. — Asselin et Houzeau, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-médecine.

Hygiène de la vue, par les docteurs H. Galezowski et A. Kopff. Un vol. in-18 broché de 328 pages avec 44 figures dans le texte, 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 4. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 25. — Diphtérie, croup, 0. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 54. — Autres, 2. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë, 24. — Bronchite chronique, 25. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 39. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. — Biberon, 76. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 8. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 21. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 171. — Causes inconnues, 13. — Total : 948.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., Imp. de la Faculté de médecin 52, rue Madame et rue Corneille, 3



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA THYROÏDECTOMIE PARTIELLE.

Par Ch. Audry, interne des hôpitaux de Lyon.

La Commission constituée en 1883 par la Société clinique de Londres pour l'étude du myxœdème vient de publier son rapport (1). L'un de ses membres s'est adressé directement à la plupart des notables chirurgiens d'Europe, afin de se procurer le plus de documents possible, relativement à la cachexie strumiprive consécutive à la thyroïdectomie.

Le lecteur remarquera, non sans étonnement, que sur plus de mille opérations analysées, 15 seulement appartiennent à des chirurgiens français. Très évidemment, il ne s'agit pas même là d'une statistique, mais on est bien forcé de constater que notre pays est resté en arrière dans la pratique d'une opération actuellement vulgaire à l'étranger.

Un certain nombre d'observations de thyroïdectomies ont été publiées récemment par MM. Péan, Labbé (th. de Chrétien), Schwartz, etc., mais l'on s'attarde encore à discuter des procédés médicaux qui devraient être oubliés depuis longtemps.

M. le Pr Poncet a été, en France, l'un des premiers partisans, et à coup sûr, le plus fidèle, des diverses thyroïdectomies (th. de Boyer, 1885, Lyon).

Il nous a paru utile de revenir sur ce sujet en essayant avec lui de démontrer que l'extirpation est le seul moyen de traitement indiqué dans le traitement des tumeurs du corps thyroïde.

L'on a pu, jusqu'ici, dans une certaine mesure, se retrancher derrière cet argument que la thyroïdectomie est encore contestable, en raison de sa gravité, et de ses suites redoutables.

Il est aisé de répondre que ces reproches sont réellement applicables à la thyroïdectomie totale.

Sur 404 opérations analysées par le *Report*, on a 59 morts et 65 myxœdèmes. Si l'on considère les statistiques des thyroïdectomistes expérimentés, de Kocher par exemple, on voit aussitôt que la mortalité opératoire diminue rapidement des premières aux dernières; on retrouve ces modifications dans les statistiques des laparotomistes : cela tient évidemment à ce que la thyroïdectomie totale exige une grande expérience, et que tout chirurgien devra, dans sa pratique, passer par une dangereuse période d'apprentissage et de tâtonnements.

D'autre part, la proportion des myxœdèmes est énorme. De toutes façons, on peut regarder la thyroïdectomie totale (sauf

(1) Elle était composée de MM. Ord, Cavafy, E. Durham, J. Godlle, P. Goodhart, Halliburton, Warrington, Haward, V. Horsley, Sidney, Jones, St-Mackenzie, F. Semon, Pagin Thormton, B. Hadden.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

La mort du médecin-inspecteur Maurice Perrin. — Quartiers générateurs de fièvre typhoïde. — Les épidémies tombant du ciel, de l'Intendance. — Filtres Pasteur. — Le quartier Duguesclin de Dinan. — Un général hygiéniste. — La lumière électrique dans les casernes. — Le train rapide de la Statistique médicale de l'armée. — Guérit-on plus ou moins? — L'hôpital de Versailles et l'hôpital de Vincennes. — Mortalité et réformes. — Les congés n° 2 des phthisiques. — La réinstruction sur les inspections générales du service de santé. — Innovation subversive. — Le service de santé de la marine au Tonkin. — Diminution des moyens d'équitation des inspecteurs et de l'inspecteur général. — Les conserves (cette dernière cartouche alimentaire) de l'Exposition. — Le système axial de Gavoy qu'on ne place pas assez sur son axe.

I

Il y a des morts qui font trop peu de bruit. Les médecins militaires y sont sujets. Une sombre et dernière cérémonie où quelque confrère bien intentionné termine par un classique : « Non, pas adieu, mais au revoir », les « quelques mots » destinés au journal indigène, puis 4 ou 5 lignes suivant le grade ou la notoriété dans les feuilles militaires. Et voilà tout.

J'oubliais le « journal Rozier » qui n'est pas lu mais qui est imprimé et qui texte enterré, enterre lui-même avec des airs entendus d'enterrement et selon sa formule : « Le pharmacien-major X. nommé élève du service de santé, le — aide-major, le — pharmacien-major, le — auteur de travaux estimés sur les chamœléons noir et blanc, atractylis gummifera, etc. »

Ces réflexions grises nous sont inspirées par la mort de l'inspecteur Maurice Perrin, dans son petit village natal de Vézelize, le 31 août dernier. C'était un professeur et un spécialiste dont tous nos lecteurs ont connu la taille ; mais qui donc, sauf les pieux, ceux qui ont ce culte de vestale du souvenir, et en dehors des académies où le secrétaire perpétuel fait l'éloge des partants et où l'âge des académiciens rend cet éloge aussi perpétuel que le secrétaire, qui donc, dis-je, a su et retenu ce deuil.

Le moindre médecin sans malades qui politique fait cent fois

dans des cas très spéciaux, le cancer par exemple) comme condamnée.

Mais il est très loin d'en être de même pour la thyroïdectomie partielle, à laquelle on a fait porter un peu les crimes de son aînée. D'après la donnée indiquée par Socin et ses élèves Garré, Kœser, etc., et aussitôt acceptée de tous côtés, il ne faudrait plus exécuter que l'énucléation, pour ainsi dire sous-corticale, des tumeurs thyroïdiennes. Malheureusement, le procédé est rarement applicable (1).

Il est donc de toute nécessité de recourir à l'excision de la tumeur.

Les observations qui suivent sont inédites ; elles viennent s'ajouter à celles déjà publiées par notre maître; on est en droit d'espérer qu'elles pourront apporter en France un bon appui à la cause que nous défendons.

I. (Due à notre collègue, L. Orcel). — X. âgée de 22 ans ne présente pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

La tumeur tyroïdienne qui l'amène dans le service a débuté, il y a 2 ans 1/2 dans la moitié droite de la région cervicale antérieure. Elle s'est lentement accrue, et a atteint le volume d'un petit œuf de poule. Dès le début de l'apparition de la tumeur, le malade a présenté de la dyspnée, et de la dysphagie, sans accès aigu de suffocation. Il entre avec une tumeur siégeant sur la ligne médiane, arrondie, saillante, dure, élastique. Elle plonge un peu derrière le sternum, sans disparaître entièrement.

Opération. Incision médiane du cartilage thyroïde du sternum. La tumeur est profonde, solidement insérée. Une incision perpendiculaire à la première, va d'un bord à l'autre des sterno-mastoïdiens.

On isole la tumeur avec le doigt, après avoir coupé les muscles sous-hyoïdiens.

On lie le pédicule en masse. Pas d'incident.

1er Pansement 6 jours plus tard. On enlève le drain 4 jours après, la réunion était complète.

La tumeur était solide et compacte.

II. — Françoise X., âgée de 25 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, Salle Saint-Paul, le 13 décembre 1888.

(1) Une seule fois, dans nos observations, la méthode de Socin eut pu être mise à profit; et encore sans avantage. Il faut donc la réserver aux cas où l'on se trouvera en présence d'une tumeur en masse du corps thyroïde dont l'extirpation partielle ne saurait avoir raison.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires ; elle s'enrhume facilement, et paraît un peu anémiée.

Elle présente actuellement une petite tumeur du volume d'une noix, occupant la ligne médiane de la région cervicale antérieure, un peu au-dessus de l'échancrure sternale. La tumeur est mobile, ronde, saillante, rénitente, indolente ; elle suit les mouvements de la trachée. Depuis 5 ou 6 mois la malade éprouve un peu de gène de la respiration ; elle manifeste un peu de dyspnée quand on refoule la tumeur derrière le sternum où elle plonge presque entièrement.

La voix, la déglutition, les yeux, le système circulatoire sont intacts. Les lobes latéraux de la thyroïde ne sont pas appréciables.

Elle porte en outre un petit adénome à la partie supérieure du sein gauche.

L'état général est bon. Pas de lésions viscérales.

20 décembre. Opération. Incision longitudinale du cartilage thyroïde du sternum. On isole avec le doigt la tumeur qui est insérée par un pédicule assez large. Celui-ci est lié en masse par un fil de soie. Pas d'hémorrhagie. On suture sur un drain. La tumeur est compacte et solide.

On enlève l'adénome du sein et on réunit.

26 décembre. Tout est réuni sans une goutte de pus. On enlève le drain.

Le 31. On enlève les derniers fils. Le gros fil de soie dont on a été obligé de se servir pour lier le pédicule, faute de catgut assez fort, adhère toujours solidement et sort par une petite fistule de l'angle inférieur de la plaie.

20 Janvier. Le fil de soie tient toujours, son trajet restant parfaitement aseptique.

Le 23. On fixe 2 gros plombs au fil.

Le 27. Le fil tombe.

La plaie était réunie 2 jours après, et la cicatrice irréprochable.

III. — Marie R., âgée de 24 ans, ovaliste a eu une dothienenterie; elle est mariée ; son métier d'ovaliste est pénible ; elle présente un peu d'œdème des membres inférieurs et des signes d'anémie.

Sur le côté gauche de sa trachée, sous le bord interne du sterno-mastoïdien, et suivant son axe, est une tumeur du volume d'une grosse noix, allongée obliquement, mobile, suivant les mouvements de la trachée.

La tumeur date d'un an ; elle est indolente ; mais s'accroît notablement depuis 5 ou 6 mois.

L'état général est médiocre ; il n'y a rien aux poumons, mais dans les urines un peu d'albumine rapidement disparue par le lait et le repos.

---

plus de tapage au dehors. On le met plus dans le journal. C'est que le bruit n'est pas mesuré au bien.

***

Sans bruit et sans bien non plus, il y avait autrefois des quartiers générateurs de fièvre typhoïde. Nous avons vu jusque vers 1882, à Nancy, la caserne Saint-Jean, un vieux cloître dans le sous sol duquel des moines-cloîtrés avaient été ensevelis pendant des siècles, descendant doucement le plan incliné de la vie de leur cellule dans cette cellule de terre, si bien que le soldat y prenait la mort dans la mort, que l'eau et l'air d'alimentation étaient ce que vous pensez.

Eh! bien, l'intendance, alors Grand chef de la médecine, y voyait sans y voir des séries de décès lamentables et des épidémies annuelles de fièvre typhoïde auxquels elle attribuait commodément une origine providentielle et une causalité céleste.

Il a fallu l'autonomie du corps de santé, si habilement préparée par la loi du Dr Marmottan sur l'organisation des services hospitaliers de l'armée, pour que cette caserne, comme tant d'autres plus meurtrières que des batailles, fût portée bas, et qu'on reconnût au microscope que le doigt de Dieu était en cette circonstance suppléé par un microbe.

Il ne resta de surnaturel dans l'affaire que l'ignorance des intendants, toujours grands chefs de la médecine, qui, bien qu'habitués par profession à grossir les infiniment petits détails, n'avaient pas en l'amplification suffisante.

***

Il y a encore de ces casernes — tombeaux en très petit nombre qui est trop grand. Le 24e dragons et le 17e chasseurs à cheval en ont fait l'expérience récente au quartier Duguesclin, de Dinan ; c'est pour ces logements insalubres de l'armée, dont l'eau est l'arme de meurtre, que la 7e direction vient de prescrire l'installation de filtres Pasteur partout où existe dans les conduites la pression nécessaire de 10 mètres. Ce n'est peut être pas un remède absolu c'est un progrès, l'indice d'un souci méritoire de l'hygiène qu'il nous plait de relever. Et aussi le suivant : aux récentes grandes manœuvres le général d'Aubigny a fait cantonner sa 19e division d'infanterie dans les villages autour de Dinan au lieu de la jeter dans l'épidémie de la ville tête première. On n'avait point idée de ça autrefois. Des gâteries.

15 janvier 89. Opération : incision suivant l'axe de la tumeur et du sterno-mastoïdien récliné en dehors. Isolement de la tumeur. Celle-ci est fixée par deux pédicules : l'un supérieur, comprend la tyroïdienne supérieure ; l'autre, inférieur, une petit masse de tissu thyroïdien et quelques vaisseaux secondaires.

Ligature des deux pédicules avec de forts catguts.

Réunion sur drain.

La tumeur est constituée par un lobe où l'on trouve, noyés dans le tissu de la glande de petits adénomes énucléables indépendants les uns des autres.

21. Tout est réuni, on enlève le drain.

25. La malade part guérie.

IV. — Claudine F... âgée de 24 ans, domestique entre le 30 décembre 1888. Elle n'offre pas d'antécédents héréditaires ; ma is paraît névropathe et peu intelligente.

Il y a 18 mois qu'elle éprouve un peu de dyspnée sans dysphagie. Actuellement, elle se plaint d'avaler et de respirer difficilement ; elle dit éprouver une sensation de pression en arrière du sternum.

La nuit la respiration est un peu bruyante ; la course est difficile.

Au devant de la trachée, on trouve une tumeur bilobée ; chaque lobe situé de chaque côté de la trachée est mobile, modérément saillant ; ils adhèrent à la trachée dont ils suivent les mouvements.

Leurs bords externes effleurent les bords internes des sterno-mastoïdiens. Leur volume est à peu près celui d'un œuf de poule ; leur forme, celle d'un ovale aplati. Ils sont réunis par un prolongement transversal oblique.

12 décembre. Incision du cartilage thyroïde du sternum. La tumeur est constituée par une lésion de l'isthme. Incision des muscles sous-thyroïdiens. On énucléé le goître avec le doigt ; on arrête un certain nombre de petits vaisseaux avec des pinces hémostatiques. On enlève ainsi la totalité de l'isthme. 6 ligatures. Pas d'incidents ; presque pas d'hémorrhagie. Réunion sur drain.

Le 18. On enlève le drain.

Le 25. La malade part complètement guérie. La tumeur était solide et compacte.

V. — Léontine P..., entre le 2 janvier 1888.

Elle n'offre aucun antécédent et se porte bien.

Il y a 2 ans que la malade voit son cou augmenter de volume. La tumeur siégeait alors à gauche du cartilage cricoïde. Un traitement iodé resta sans résultat. La tumeur augmente au moment des règles.

A son entrée, on note un goitre partiel du volume d'une petite orange, situé à gauche de la trachée un peu au-dessous du cartilage thyroïde. On l'isole facilement et on le mobilise. La fluctuation est douteuse à cause de la tension. La tumeur suit les mouvements du larynx et n'est pas transparente. Il n'y a pas de douleur. L'état général est bon.

Le 10 janvier : une ponction donne du sang et vide la tumeur qui reprend aussitôt son volume.

Le 1er février. Thyroïdectomie. La tumeur est un petit kyste à paroi fongueuse siégeant dans le lobe latéral droit de la thyroïde. La tumeur s'énuclée facilement à travers une incision suivant l'axe de la tumeur, et la dépassant en haut et en bas. Simplicité opératoire extrême. Au voisinage de la tumeur existe un autre petit kyste du volume d'une noisette.

Guérison rapide et sans incidents.

VI. — J. G..., âgé de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 octobre 1885. Il ne présente aucun antécédent. Depuis l'âge de 13 ans jusqu'à celui de 18, il a séjourné à Saint-Jean-de-Maurienne, en Savoie; c'est à ce moment qu'il rapporte l'apparition de son goitre ; il l'attribue à l'influence des eaux.

A son entrée, il présente sur la ligne médiane du cou, une tumeur du volume d'une grosse noix mobile sous la peau et sur les parties profondes, suivant la trachée, dure, indolente, non fluctuante, lisse. Il ne se plaint d'aucun trouble de la respiration ou de la déglutition; de temps à autre, il éprouve de la gêne de la phonation, gêne qui ne va jamais jusqu'à l'aphonie.

La tumeur ne plonge pas derrière le sternum. L'état général est excellent, le sujet fort et robuste.

Le 24. Incision verticale vers la ligne médiane et jusqu'à la fourchette dépassant un peu l'extrémité supérieure de la tumeur; celle-ci est isolée facilement avec le doigt; on la pédiculise et on lie avec un double fil de soie forte. Réunion-Drain.

La tumeur est constituée par des masses solides agglomérées en une seule, et où sont disséminées quelques petites cavités remplies d'un liquide d'apparence hématique.

Le 29. Le malade est très bien. Tout est réuni.

Il partit peu de jours après complètement guéri.

VII. — (prise par notre ami et ancien collègue, M. le Dr Françon).

Louise B..., 51 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1886, pour une double tumeur siégeant de chaque côté de la ligne médiane du cou.

Cette tumeur a débuté, la malade étant dans sa vingt-sixième année, et n'a présenté qu'une augmentation de volume insignifiante après cinq grossesses.

Elle s'est au contraire accrue très notablement depuis la ménopause, c'est-à-dire depuis six ans. Les troubles fonctionnels qui l'ont décidé à entrer à l'hôpital ne remontent qu'à 6 mois.

Actuellement, elle se présente avec deux tumeurs au niveau des faces antérolatérales du cou. Celle du côté droit, la première en date, a le volume d'un gros œuf de poule. La peau est normale; la tumeur très mobile suit les mouvements du larynx ; elle est manifestement fluctuante; sa face antérieure est recouverte par le sterno-mastoïdien; elle n'envoie aucun prolongement rétrosternal. La seconde tumeur située un peu plus obliquement sous le sterno-mastoïdien gauche est moins considérable.

Elle envoie derrière le sternum, un prolongement très appréciable. Elle est fluctuante, mobile, adhérente à la trachée, qui paraît très légèrement déviée à droite.

La malade ne souffre pas ; mais, surtout après une marche rapide ou dans le décubitus latéral droit, elle éprouve de la dyspnée; il n'y a pas de cornage ; la voix est un peu rauque.

L'état général est excellent; les grands viscères sont sains.

On eût immergé les troupes dans le foyer et on les eût promenées après cela de ville en ville semant à la volée la fièvre typhoïde comme au bon temps du directeur Baudouin et de l'intendance, sa marraine, en Tunisie, quitte à attribuer le tout au Dieu hasard et à la déesse coïncidence :

Des Atlas qui ont porté bien des épidémies d'autrefois sur leurs épaules.

Aujourd'hui Il existe des généraux hygiénistes. C'est un fait lamentable. Peut-être tout ce qui a été écrit par Morache, Vallin, Lacassagne, Laveran, Desbrousses, Viry, et un peu par nous-même, n'est il pas étranger à cet étrange signe des temps.

**

Et les casernes, on ne se contente pas de les sulfurer, de les évacuer en cas de contage, d'isoler les infirmeries, de désacoupler l'horrible accouplement des water-closets et des cuisines, une idée du génie et de génie, d'y installer des lavabos et bains-douches, voici qu'on les éclaire à la lumière électrique.

(*A suivre.*) Dr Chassagne.

Une double ponction pratiquée le 17 février donne issue à une certaine quantité de liquide sanguinolent à droite, de couleur chocolat à gauche. Les tumeurs ayant très rapidement repris leur volume, M. le Dr Poncet pratique le 24 février, l'extirpation de la tumeur gauche, celle qui présente un prolongement rétro-sternal.

Incision longitudinale un peu à gauche de la ligne médiane du cou. On mène une seconde incision perpendiculaire à la première en ⊥ qui rend facile l'accès de la tumeur. Celle-ci est facilement isolée avec le doigt et énucléée en même temps que son prolongement. Ligatured e la thyroïdienne inférieure, et ligature en masse du lobe gauche.

On suture le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien; on réunit la plaie cutanée. Drain. Pansement.

La malade n'a pas perdu 20 gr. de sang.

La tumeur est formée par une partie principale répondant au lobe gauche de la thyroïde, creusé d'une cavité à paroi très brune, épaisse, recouverte d'un exsudat jaunâtre, peu adhérent, remplie d'un liquide chocolat.

A cette tumeur se rattache un long prolongement de tissu thyroïdien cutané d'aspect aponévrotique auquel est appendue la petite tumeur rétro-sternale. Celle-ci est dure, non kystique, de couleur blanchâtre, compacte.

Guérison rapide et sans incident.

En thèse générale, il est souvent impossible, sauf ponction, d'affirmer qu'un adénome thyroïdien lobulé est kystique ou solide; en réalité, d'ailleurs, ce diagnostic n'offre que peu d'intérêt.

Les anciens chirurgiens, c'est-à-dire ceux d'avant l'ère antiseptique, ont proposé d'innombrables procédés pour traiter les goitres kystiques. L'incision, le drainage, voire même les injections iodées, comptent encore quelques partisans.

Tous ces moyens ne sont que des palliatifs : ils peuvent rétrécir, oblitérer la cavité, mais non pas détruire le néoplasme, car néoplasme il y a; et, à l'heure actuelle, on peut dire que toute tumeur accessible ne peut pas comporter d'autre traitement que l'extirpation. Il faut bien songer qu'autour du kyste principal, unique en apparence, existe un des premiers petits kystes qui n'attendent qu'une occasion pour se développer.

Au surplus, les procédés d'antan n'ont pas même le mérite de l'innocuité : le drainage exige une antisepsie au moins aussi rigoureuse que la thyroïdectomie, et beaucoup plus difficile à réaliser, d'autant plus que les chances d'infection sont multipliées par la durée du traitement.

Quant aux injections iodées, ou autres, elles constituent un moyen aveugle et dangereux contraire à toutes les règles de la chirurgie actuelle.

Les suites éloignées de la thyroïdectomie partielle sont irréprochables; on ne connaît guère qu'un seul cas de cachexie strumiprive consécutive. Il appartient à M. le Dr Poncet, et fut d'ailleurs loin de présenter la gravité habituelle de cette redoutable affection.

Au point de vue esthétique, la cicatrice linéaire résultant d'une incision n'est pas plus disgracieuse et guère plus apparente que celle qui succède à l'oblitération des orifices de drainage. Elle n'offre en aucune façon l'apparence écrouelique très disgracieuse et mal famée des vieilles suppurations cervicales, et ne tarde pas à devenir presque imperceptible.

La seule objection *a priori* qui puisse être faite à l'extirpation partielle et systématique des tumeurs tyyroïdiennes réside dans les difficultés opératoires et dans les dangers qu'elle peut entraîner ; notre seul but est de démontrer que la thyroïdectomie partielle est, pour un chirurgien dont les mains sont propres, une intervention élémentaire, si du moins, il veut suivre les règles qui ont présidé à l'opération dans les observations précédentes.

Nous en empruntons les grandes lignes à l'enseignement et à la pratique de notre maitre.

Les tumeurs thyroïdiennes occupent soit l'isthme, soit les lobes de la glande.

Tumeurs de l'isthme thyroïdien.

Dans tous les cas, l'incision est subordonnée au volume de la tumeur qu'elle doit autant que possible dépasser un peu dans les deux sens. Si le goitre n'est pas trop plongeant, si d'autre part, ses dimensions ne dépassent pas celles d'un œuf de poule, une incision sur la ligne médiane arrivant à la fourchette sternale et dépassant de 1 centimètre le bord supérieur, suffira aux indications. Le plus habituellement, quand on se trouvera en présence de tumeurs de moyen volume, on se contentera de recliner les muscles pour obtenir le jour nécessaire.

Arrivé sur le goitre, le doigt doit reconnaître les dimensions et les insertions du pédicule ou des pédicules plus ou moins larges qui le rattachent aux lobes latéraux; on arrivera facilement à ce résultat en contournant, en isolant la tumeur avec l'index.

Quelquefois, l'isthme thyroïdien et le néoplasme dont il est le siège semblent tout à fait indépendants des lobes latéraux; c'est le cas le plus simple. Cette disposition tient-elle à une disposition congénitale de l'isthme? Est-elle due, ce qui est plus probable, à une pédiculisation presque complète consécutive à l'accroissement et à la mobilisation physiologique de la tumeur? Peu importe.

L'acte opératoire est alors réduit à une extrême simplicité; deux fois, on n'eut besoin d'avoir recours à aucune ligature.

Dans un second ordre de faits, il s'agit de tumeurs développées aux dépens de l'isthme, libres du côté d'un seul des lobes latéraux; mais rattachées à l'autre par un pédicule plus ou moins épais. Il faut, alors, aborder le goitre par le bord libre; on peut ainsi le mobiliser, le faire basculer sur son pédicule; et l'on preud tout à son aise ce dernier dans une solide ligature eu masse (1); on obtient une hémastase facile et parfaite. En pareil cas, il faut autant que possible employer de gros catguts.

Obligé deux fois de se servir de fils de soie, M. Poncet vit ces derniers éloigner notablement l'époque de la guérison complète, eu raison de la difficulté de leur élimination.

On peut, enfin, avoir affaire à une tumeur développée dans l'isthme hypertrophié en masse et en continuité avec les deux lobes latéraux par une large base d'insertion.

Dans tous les cas, il est nécessaire avant tout, de se procurer de l'espace et du jour. C'est pourquoi, si la tumeur dénudée, isolée, amenée entre les lèvres de la plaie, se laisse lier avec difficulté, on ne doit pas hésiter à transformer son incision linéaire en incision en +, en T ou en H. Si la section de la peau et de l'aponévrose superficielle ne fournit pas assez de jour, il faut couper transversalement les muscles qui font la corde et ne pas craindre d'arriver jusqu'au bord interne des sterno-mastoïdiens.

Si l'on procède de la sorte, on opère à ciel ouvert. On n'a plus à redouter les dangers d'une intervention cavitaire où les tissus sont fatalement contusionnés par des doigts et les instruments aveugles, et où peut se produire une hémorrhagie abondante avant qu'on soit parvenu à une hémastase con-

(1) Mickulikz a insisté sur les services que peut rendre la ligature en masse d'un pédicule même assez volumineux.

venable, c'est-à-dire complète. En effet, si, en règle générale, les premiers temps d'une opération ayant pour but l'extirpation d'une tumeur adhérente et profondément située, n'ont jamais aggravé, par les dimensions des incisions, le pronostic de l'intervention, le fait est particulièrement vrai en ce qui concerne l'extirpation des goitres.

Il n'est donc pas possible de proposer pour toutes les variétés de goitres un seul mode d'incision; nous ne nous lasserons pas d'insister sur ce fait qu'il faut avoir sous les yeux non seulement la tumeur même, mais encore les tissus voisins, afin de ne pas blesser des organes de haute importance, et pour achever rapidement une opération dont la longue durée constitue une complication.

Les mêmes grandes indications opératoires s'imposent lorsqu'il s'agit d'une lésion d'un lobe thyroïdien. On pourra quelquefois se contenter d'une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, si la tumeur est orientée suivant ce muscle. Elle conduit, en effet, sur les artères thyroïdiennes qui doivent ainsi être liées à l'aise. Mais si l'on éprouve encore quelques difficultés dans cette ablation, il ne faut pas hésiter à transformer l'incision primitive en incision en T, en incision en H, cette dernière s'imposant si l'on se voit dans l'obligation d'avoir recours à une opération très étendue.

Dans tous les cas, il faut avoir recours d'emblée à l'excision du lobe hypertrophié sans compter sur la possibilité peu probable de pratiquer des énucléations intra-thyroïdiennes de Socin.

Nous n'insisterons pas davantage, nous contentant d'indiquer les résultats ainsi obtenus.

Dans les opérations indiquées, la réunion immédiate a été constante dès le troisième jour; le drain a dû être enlevé, et l'on a pu, suivant un procédé souvent employé par M. Socin, réunir par un point de suture son orifice de sortie.

Le temps exigé pour la guérison complète n'a pas dépassé quinze jours, sauf dans le cas, où un fil de soie employé en l'absence de catgut, a prolongé de plusieurs semaines, et sans autres inconvénients, la durée du traitement post-opératoire.

Enfin, l'on n'a jamais eu ni pendant, ni après, l'ombre d'une difficulté ou d'une inquiétude.

REVUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE (Suite).

V. — Sur le traitement des abcès du bassin, par le Dr Wiedow, de Fribourg en Brisgau.

VI. — Sur l'extirpation totale de l'utérus, par le Dr Frommel, d'Erlangen.

VII. — La périnéotomie dans le traitement opératoire des tumeurs logées dans le tissu cellulaire du bassin, par le Dr Saenger, de Leipzig.

VIII. — Sur les résultats définitifs de l'extirpation totale de l'utérus à la clinique gynécologique d'Erlangen, par le Dr Munchmeyer.

IX. — Sur le traitement de la grossesse extra-utérine, par le Dr Veit, de Berlin. — *Idem* par le Dr Werth, de Kiel. — Communications faites au troisième Congrès de la Société allemande de Gynécologie, tenu à Fribourg en Brisgau les 12, 13 et 14 juin 1889. *Centralblatt für Gynækologie* 1889, nos 27, 29, 30, 31 et 32.

V. — Après avoir fait ressortir les difficultés qu'on éprouve, en présence d'un foyer inflammatoire situé dans le bassin, de savoir si le foyer est extra ou intrapéritonéal et s'il renferme ou non du pus, M. Wiedow a rappelé qu'au point de vue opératoire, on distingue les abcès en trois classes, à savoir :

1° Les abcès situés de telle sorte que l'on rencontre le pus immédiatement au-dessous de la peau ou d'une muqueuse.

2° Les abcès logés dans la profondeur de l'excavation pelvienne.

3° Les abcès fistuleux.

Dans le premier cas, l'intervention se réduit à une simple incision, mais qui doit être pratiquée *largâ manû*. Il importe aussi de toujours établir une contre-ouverture.

Pour accéder aux abcès profonds intrapéritonéaux, on peut ou bien procéder à la laparotomie en deux temps, ou bien se frayer une voie à travers la paroi postérieure du bassin, en reséquant un morceau du sacrum. Quant aux abcès profonds extrapéritonéaux, on les aborde soit au travers de la cavité ischio-rectale, soit en recourant au procédé opératoire préconisé naguère par Zuckerkandl pour l'extirpation totale de l'utérus (voir plus loin § VI).

On s'adressera également à l'un de ces procédés, dans les cas d'abcès fistuleux, mais en ayant soin, une fois qu'on a incisé la collection purulente, d'établir une contre-ouverture et de pratiquer le drainage.

— M. Elischer, de Budapesth, a fait observer que lorsque l'on n'intervient pas chirurgicalement dans un cas d'abcès intrapelvien, les reins subissent avec une rapidité extraordinaire la dégénérescence amyloïde, qui entraîne ensuite un dénouement fatal. Il faut donc, en pareils cas, intervenir aussitôt que possible.

VI. — Suivant M. Frommel, d'Erlangen, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale est une opération qui laisse à désirer à bien des points de vue, surtout dans les cas de carcinome de l'utérus où la néoplasie n'est pas strictement limitée au corps de la matrice, mais s'étend jusqu'aux limites du champ opératoire. M. Frommel a eu recours, à plusieurs reprises, au procédé opératoire préconisé par Zuckerkandl, et qui consiste à se frayer un chemin vers l'utérus à travers la cloison recto-vaginale. Ce procédé opératoire est d'une exécution relativement facile; il est surtout très sûr. On pratique une incision curviligne allant de l'une des tubérosités de l'ischion à l'autre, on sectionne le périnée, on pénètre dans l'espace compris entre le vagin et le rectum, en se servant d'un instrument mousse. Une fois qu'on est parvenu au repli de Douglas, on est en mesure d'ouvrir largement le péritoine, et on peut introduire à son aise la main dans la cavité abdominale. Puis on fait basculer l'utérus, on applique une ligature de chaque côté de l'organe qu'on extirpe ensuite.

En procédant de la sorte on peut, s'il est nécessaire, reculer les limites du champ opératoire à une assez grande distance de l'utérus, au besoin extirper une portion plus ou moins grande de la paroi postérieure du vagin. Comme préface à l'opération, M. Frommel exécute le premier temps de l'extirpation totale par le vagin, c'est-à-dire qu'il incise ce canal circulairement, après quoi il isole la vessie par voie de dissection. Après l'opération il fixe le péritoine par des points de suture à la cavité de Douglas, il attire les deux pédicules dans la plaie péritonéale, et il bourre l'excavation avec de la gaze iodoformée.

La guérison exige plus de temps que lorsqu'on opère simplement par la voie vaginale, mais ce point n'a qu'une importance secondaire, étant donné les avantages du procédé de Zuckerkandl. Ce procédé est indiqué surtout dans les cas où la possi-

bilité de pratiquer l'extirpation de l'utérus est discutable. On peut encore l'employer pour aller à la recherche des abcès intra-pelviens.

VII. — A propos des communications de M. Wiedow et de M. Frommel, M. Sänger, de Leipzig, a fait savoir que depuis un an, il s'est occupé du procédé opératoire inauguré il y a déjà assez longtemps par Hegar, et qui consiste à se frayer une voie dans la cavité pelvienne à travers le périnée, pour les opérations qui sont du ressort de la gynécologie. M. Sänger a été entraîné dans cette voie, à l'occasion d'un cas de kyste dermoïde primitif logé dans la partie sous-péritonéale du bassin, chez une femme de 42 ans qui avait accouché neuf fois. Les six derniers accouchements avaient nécessité l'intervention de l'art. La dystocie reconnaissait pour cause la présence de la tumeur en question. Une fois déjà le kyste s'était vidé de son contenu à travers le rectum.

La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, était logée en majeure partie dans la moitié droite du bassin, en arrière du vagin et du rectum, et de telle sorte qu'on pouvait l'atteindre sans léser ces deux organes. On en retira 400 cc. de liquide à l'aide de l'aspirateur de Potain, par une ponction pratiquée à travers le rectum. Quatre mois plus tard le liquide s'était reproduit. Une opération radicale fut décidée; voici comment elle fut conduite : Incision antéro-postérieure allant de la grande lèvre droite jusqu'à 2 centimètres en arrière de l'anus; section du muscle releveur de l'anus; énucléation du kyste hors de la cavité ischio-rectale et de la cavité pelvienne. La plaie béante, au fond de laquelle le vagin et le rectum se trouvaient mis à nu jusqu'au replis de Douglas, a été bourrée avec de la gaze iodoformée. La guérison s'est faite sans incidents fâcheux.

M. Sänger n'a trouvé mention dans les recueils de la littérature que de dix exemples de kystes dermoïdes primitifs du bassin indépendants des ovaires. Il a fait ressortir l'importance qu'il y a, en obstétrique, à distinguer les kystes dermoïdes des ovaires, des kystes logés dans le tissu cellulaire du bassin, distinction qui est facile à établir tant sur le terrain de la clinique que sur celui de l'anatomie.

Déjà Mickulicz avait extirpé à travers le périnée un kyste dermoïde de la cavité pelvienne; seulement, dans ce cas, la tumeur avait refoulé le plancher du bassin, en soulevant le périnée. M. Sänger a été le premier à tenter l'opération par la même voie pour un kyste situé au-dessus du releveur de l'anus. Il a proposé de donner à l'opération le nom de périnéotomie. Des recherches qu'il a faites sur le cadavre, en collaboration avec M. Unger, ont montré que pour obtenir libre accès vers la portion sous-péritonéale de l'excavation pelvienne à travers le périnée, il faut procéder de la façon suivante : Tracer une incision longitudinale d'environ 8 centimètres de longueur, à gauche ou à droite de la ligne médiane, et allant de la grande lèvre jusqu'à 2 centimètres en arrière de l'anus; sectionner le releveur de l'anus en un point compris entre l'anus et la tubérosité de l'ischion. A travers une pareille incision il est facile au chirurgien d'opérer des tumeurs, des exsudats, des hématomes du bassin, même quand ils siègent dans la cavité de Douglas.

La périnéotomie, a fait remarquer M. Sänger, ne doit pas être confondue avec le procédé (incision parasacrale) de Zuckerkandl et Woelfler, et qui consiste à pénétrer dans l'excavation ischio-rectale à travers une incision pratiquée sur les côtés du sacrum, n'empiétant que très peu sur le périnée. Quant au procédé employé par Hegar-Wiedow, il consiste à pénétrer dans la cavité pelvienne à travers une incision allant de la tubérosité de l'ischion à la pointe du sacrum et complétée par la résection de cet os. Les essais que M. Sänger a fait sur le cadavre lui ont laissé cette impression que le procédé de Zuckerkandl est d'une exécution très difficile surtout en raison de ce que le champ opératoire va en se rétrécissant de bas en haut; on a, par suite, beaucoup de peine à attirer en bas l'utérus et ses annexes, voire que la chose a été tout à fait impossible dans une expérience sur le cadavre.

— M. Hegar estime que les nouveaux procédés opératoires dont il vient d'être question constituent un réel progrès en gynécologie; en attendant qu'on puisse émettre un jugement définitif sur leur valeur, ils apparaissent dès maintenant comme appelés à se substituer en partie à l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Ce dernier procédé a un grand désavantage, c'est que le chirurgien ne voit pas ce qu'il fait. Touchant ensuite la question de priorité, M. Hegar a fait remarquer qu'il y a longtemps déjà il a proposé de recourir à la voie ischio-rectale, pour certaines opérations dans le bassin, et qu'il a en recours à ce procédé opératoire sur le vivant.

Dans ces derniers temps, M. Hegar a pratiqué un grand nombre de fois la résection du sacrum, pour opérer des carcinomes de l'utérus, des abcès du bassin, des salpingites; il n'a eu qu'à se louer de ce procédé opératoire. Sans doute la guérison exige un temps assez long, mais pas beaucoup plus qu'à la suite de l'extirpation par le vagin.

VIII. — M. Münchmeyer a fait connaître les résultats définitifs qu'a donnés l'extirpation totale de l'utérus à la clinique gynécologique de Dresde. Dans la période comprise entre 1873 et 1889, cette opération a été pratiquée 160 fois; le taux de la mortalité a été de 5,4 0/0. M. Léopold a déjà rendu compte des 48 premières opérations qui figurent dans cette statistique d'ensemble. Les 112 autres cas se répartissent ainsi, en égard à l'affection qui a nécessité l'intervention opératoire :

80 cas de carcinome de l'utérus; 4 des opérées sont mortes des suites de l'intervention; 14 ont succombé plus tard, dont 10 des suites d'une récidive. Des 62 opérées qui survivent, 3 seulement présentent les signes certains d'une récidive. Ces résultats sont, en somme, très favorables, ce qui s'explique par la précocité de l'intervention.

32 cas d'affections diverses des organes génitaux, à savoir : 17 cas de myôme utérin, 5 cas de chute de la matrice, 5 cas où l'intervention a été réclamée pour des accidents nerveux graves, 5 cas avec affections des annexes de l'utérus.

On n'a pas encore essayé, à la clinique de Dresde, le traitement des myômes par l'électricité, mais on a opéré des femmes qui étaient venues réclamer des soins pour des myômes de l'utérus, après avoir été soumises pendant fort longtemps, et sans succès, à un traitement électrique. Quand on a affaire à de petits myômes, la castration peut à la rigueur entrer en parallèle avec l'extirpation totale. Mais la première opération offre moins de sécurité; l'ablation des ovaires est parfois impossible, d'autres fois on laisse subsister des restes de ces glandes. De plus, à la suite de l'extirpation totale de l'utérus, les femmes se portent généralement mieux qu'à la suite de la castration.

Dans les cas de prolapsus utérin, l'extirpation totale a donné des résultats moins satisfaisants, mais il serait prématuré d'émettre un jugement définitif sur la valeur de l'opération.

Enfin dans les affections des annexes de l'utérus, l'extirpation totale n'est justifiée qu'après emploi préalable des autres méthodes de traitement usitées en pareils cas.

M. Hegar a pratiqué l'extirpation totale de l'utérus dans un cas de nodosité cancéreuse, bien circonscrite à la portion supérieure du col. Peu de temps après, la femme succombait à une récidive. M. Hegar est partisan de la castration, dans

les cas de myôme utérin. L'opération est inoffensive, d'une exécution facile, et elle remédie d'une façon sûre aux accidents occasionnés par les myômes. Même quand la tumeur est volumineuse, qu'elle remonte jusque vers l'ombilic, la castration peut encore donner ce résultat. On a signalé comme une conséquence assez fréquente de la castration, des troubles psychiques; à cet égard la statistique de Werth accuse des résultats particulièrement peu satisfaisants. M. Hegar suppose que dans les cas qui composent cette statistique, il y a eu accumulation de circonstances défavorables.

M. Werth a reconnu que les troubles des facultés intellectuelles se développent indifféremment à la suite de toute opération grave qui porte sur les organes génitaux et non pas à la suite de la seule castration.

M. Olshausen a mentionné un cas d'atrophie considérable du vagin, consécutive à la castration.

IX. — Le rapport que M. Veit avait été chargé de faire au dernier Congrès de la Société allemande de gynécologie, sur le traitement des grossesses extra-utérines, peut être résumé dans ces quelques lignes :

Dans les cinq premiers mois de la grossesse extra-utérine, la tumeur fœtale est toujours justiciable d'une intervention radicale (extirpation).

Lorsque, à ses débuts, la grossesse extra-utérine évolue sans donner lieu à des accidents appréciables, il est indiqué néanmoins d'agir sur l'œuf, dans le but de faire périr l'embryon. En fait de procédés efficaces, il y a les injections de morphine poussées dans le kyste fœtal, et l'extirpation de l'œuf; M. Veit ne croit qu'à demi, aux succès attribués à l'emploi de l'électricité.

Quand la tumeur s'est ouverte dans la cavité abdominale et qu'on se trouve en présence d'accidents qui menacent la vie de la femme, il faut intervenir différemment suivant les cas. Si l'on peut constater la présence d'une tumeur enkystée, ou si l'on peut se rendre compte, par la palpation, que l'œuf est encore logé dans la trompe, les chances sont en faveur d'une guérison spontanée; mais on devra toujours se tenir prêt à pratiquer la laparotomie.

Si l'on se trouve en présence des signes d'une hémorrhagie interne, avec impossibilité de constater une tumeur par la palpation, si, de plus, l'état de la femme est inquiétant, il faut procéder sans retard à la laparotomie.

Si l'œuf a péri sans sortir de la trompe, l'expectation est de rigueur. Mais il faut craindre, dans la suite, la rupture du kyste, l'expulsion de l'œuf dans la cavité abdominale à travers le pavillon de la trompe, une accumulation de liquide dans la trompe entre l'orifice utérin de cet organe et l'œuf, le développement consécutif d'une pelvi-péritonite.

Les faits utilisés par M. Veit, pour son rapport, démontrent que tant que subsistent des écoulements de sang par l'utérus et des douleurs, après qu'un œuf enkysté dans la trompe a péri, la vie de la femme est en danger. Dans un cas pareil, il faut d'abord essayer de conjurer le péril en condamnant la femme au repos forcé. Si néanmoins les accidents persistent, il faut se résigner à une laparotomie.

X. — M. Werth, de Kiel, chargé d'un rapport complémentaire sur la même question, a fait ressortir combien, dans les neuf dernières années, les résultats de l'intervention opératoire appliquée au traitement des grossesses extra-utérines s'étaient améliorés. Cette intervention ne doit s'inspirer que des dangers courus par la mère. Elle doit être aussi précoce que possible. La temporisation expose la femme à des explorations intra-utérines, et, par suite, aux dangers d'une infection septique. La technique de l'extirpation radicale de l'œuf a été considérablement perfectionnée. Toutefois ce mode d'intervention n'est applicable que dans un petit nombre de cas, à cause des adhérences que contracte le plus souvent la tumeur fœtale. Le placenta doit être extirpé chaque fois que cela est possible. Dans le cas contraire, le traitement du placenta présente une importance considérable. Freund a proposé de le recouvrir d'un mélange d'acide salicylique et de tannin, mais l'action hémostatique de ce mélange est contestable. Il est préférable de pratiquer le drainage.

M. Werth rejette comme peu sûr dans la plupart des cas, le procédé qui consiste à attaquer la tumeur fœtale à travers le vagin; ce procédé n'est réellement applicable que dans les cas où la tumeur a suppuré.

— Ces deux rapports ont donné lieu à une longue discussion que le manque d'espace ne nous permet pas d'analyser.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

REVUE DES THÈSES.

Contribution a l'étude des auto-intoxications et des manifestations morbides du surmenage physique, par A. Dufour. (Thèse de Paris, 1888).

Le surmenage est l'état pathologique de l'organisme produit par l'excès de travail. Il dépend de la nature de ce dernier, du milieu dans lequel il est accompli et de l'individu qui est en cause. Suraigu, aigu ou lent, suivant la rapidité avec laquelle il se manifeste, il donne lieu à une hyperformation de produits hydrocarbonés, en particulier de l'acide carbonique, et à une augmentation de déchets azotés. Ceux-ci paraissent devoir résulter de la consommation par le muscle de ses propres matières albuminoïdes ce qui expliquerait la production de ptomaïnes ou de leucomaïnes et rendrait compte des phénomènes d'auto-intoxications observés.

On peut ranger en trois groupes les effets morbides susceptibles d'être rattachés au surmenage physique, grâce à la prédominance de certains symptômes. C'est ainsi que sont distingués les types asphyxiques, typhoïdes et rhumatoïdes.

Le caractère commun des accidents dans la forme dite asphyxique, est la rapidité avec laquelle ils évoluent; dans la forme typhoïde on se croit en présence d'une dothiénentérie ou d'un typhus abortif; dans la forme rhumatoïde on soupçonne la tare arthritique chez des gens qui ne sont que sous le coup d'un excès de fatigue. Il est vrai que le surmenage serait pour certains auteurs cause efficiente de la diathèse.

Quoi qu'il en soit la durée de ces divers états morbides est généralement courte, comprise entre cinq et six jours, avec la guérison pour règle. Le meilleur moyen prophylactique consistera à proportionner le travail aux forces, à l'âge, au sexe aux conditions d'entraînement et de milieu extérieur. Le traitement curatif devra avoir pour principal but de favoriser l'élimination par le poumon, la peau, les reins, l'intestin et ce à l'aide de frictions excitantes, d'aspersions avec l'eau froide et en pratiquant au besoin la respiration artificielle.

Des kystes hydatiques du corps thyroïde, par A. Dardel. (Thèse de Paris, 1888.).

Les faits d'hydatides de la glande thyroïde connus jusqu'à ce jour sont si rares que l'auteur n'a pu, malgré de sérieuses recherches, en relever que dix-sept observations. Et encore

cinq de ces dernières sont-elles présentées comme douteuses et reproduites en raison de leur seul intérêt anatomo-pathologique. Signalons comme particulièrement instructive la relation de trois cas typiques et tout récemment suivis dans la pratique de MM. Marchant, Peyrot et Péan.

La symptomatologie des kystes hydatiques thyroïdiens ne diffère guère de celles des kystes de la glande en général : sans parler du frémissement qui est habituel de ne pas percevoir, on aurait comme indice de la présence d'échinocoques une tumeur d'une dureté excessive, nettement globuleuse, très peu fluctuante, absolument mobile sous les téguments, donnant lieu à des troubles fonctionnels notables de la déglutition et de la respiration. Mais tous ces signes sont aléatoires; un seul fournit des résultats certains, c'est l'examen microscopique du liquide obtenu à l'aide d'une ponction exploratrice. Il conviendra d'avoir recours à cette petite manœuvre pour faire de l'affection un diagnostic précoce permettant d'éviter un dénouement fatal par l'institution d'une thérapeutique active. La ponction suivie d'injections parasiticides, aura généralement raison d'une tumeur à son début, petite, tandis qu'il conviendra de recourir à l'incision et à l'énucléation pour obtenir la cure de celles qui, plus volumineuses, sont d'un danger constant en raison de la gêne qu'elles apportent aux fonctions respiratoires.

Hernies adhérentes au sac. — Accidents. — Thérapeutique. Par A. Boiffin (Thèse de Paris).

La théorie de la péritonite herniaire qui paraissait rendre compte des accidents des hernies adhérentes a définitivement vécu. Elle et la thérapeutique abstentionniste qu'elle commandait sont condamnées. Plus de ces temporisations systématiques que préconisait Malgaigne. Plus de jours perdus en vaines hésitations. Plus d'opérations faites la main forcée et en désespoir de cause, dans des conditions absolument désastreuses. M. Boiffin mettant en pleine lumière les conséquences funestes d'une erreur théorique, insiste pour prouver que l'étranglement vrai par l'anneau ou le collet et les différentes causes d'occlusion intestinales sont seules causes de tout le mal; pour démontrer consécutivement la nécessité de traiter par la cure radicale toute hernie reconnue irréductible par adhérences; pour signaler en tous cas l'extrême urgence qu'il y a à intervenir aux premiers symptômes fâcheux.

Les lésions des hernies adhérentes ont en effet pour caractère commun de s'aggraver sans cesse et de donner lieu à des accidents variés, tantôt légers, récidivant fréquemment et précurseurs de nouvelles aggravations, tantôt plus sérieux, à forme soit aiguë dont la nature, les symptômes et la marche rapide sont ceux de l'étranglement, soit subaiguë ou lente dont les progrès et la longue durée des phénomènes rappellent ceux de l'obstruction intestinale.

On ne saurait trop recommander la lecture de l'excellent travail dont nous n'avons pu dire que quelques mots. Consciencieusement écrit, nourri de faits, riche d'observations, il devra être toujours consulté avec fruit.

De la caséo-tuberculose ganglionnaire et de son traitement par l'ignipuncture, par Mohamed ben Hamed. (Thèse de Paris, 1888).

Les ganglions lymphatiques peuvent être atteints soit de fibro-tuberculose, soit de caséo-tuberculose, avec suppuration consécutive plus ou moins compliquée de décollement de la peau, de fistules et d'abcès. Un petit nombre de granulations tuberculeuses, parsemées dans le parenchyme profond du ganglion, et une production exubérante périphérique d'un tissu nouveau ne différant en rien du tissu connectif normal, caractérisent la fibro-tuberculose. Quant à la caséose elle consiste dans le dépôt d'une quantité considérable de granulations tuberculeuses qui par leur fusion, constituent une masse caséeuse occupant l'intérieur de la glande. Ces deux formes échappent généralement à l'action des agents thérapeutiques et ne sont justiciables, dans la majorité des cas que d'une intervention chirurgicale. La persistance indéfinie de la première, les difformités disgracieuses qu'elles occasionne [dans les régions où elle siège les fortes adhérences qu'elle contracte avec les tissus voisins et surtout avec les vaisseaux importants, les conséquences souvent graves qui résultent de ces conditions plaident en faveur du bistouri prudemment manié. Le caractère plus nettement infectieux de la seconde laissant redouter les récidives, fera, par contre, préférer le thermo-cautère plus apte à détruire les germes et à empêcher leur envahissement et leur repullulation. La même pratique est à suivre dans la période suppurative pour donner issue à la matière caséeuse, pour modifier et détruire les tissus altérés, pour substituer en un mot à une plaie de mauvaise nature une plaie de meilleur aspect.

Travail intéressant mais qui eut gagné à être traité avec un peu plus de méthode.

De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques, par G. Patein. (Thèse de Paris, 1888).

Les inhalations de chloroforme sont susceptibles de déterminer de l'albuminurie passagère. Une fois sur trois au moins, ainsi qu'il ressort des recherches faites par l'auteur dans le service de M. Terrier à l'hôpital Bichat, l'albumine apparaît dans les urines en quantité variable mais nullement en rapport avec la durée de l'opération. Elle paraît dépendre de l'état des reins du sujet mais surtout de l'activité plus grande qui règne au niveau du glomérule et de la diminution de la tension artérielle accompagnant toujours l'anesthésie chloroformique.

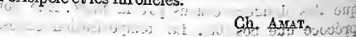
Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement (spécialement des plaies par armes à feu), par P. Cordier (Thèse de Paris, 1888).

L'expectation armée est la méthode de traitement que préconise l'auteur. Il n'est ni pour l'intervention, ni pour l'abstention systématiques. Au reste, il fait ressortir combien la multiplicité des plaies constatées sur l'intestin grêle rend l'acte chirurgical illusoire. Et fort des observations qu'il rapporte il veut un pronostic plus bénin pour les plaies du foie, de l'estomac, du colon transverse, du cœcum, sauf le cas où elles surviennent pendant la période digestive.

De la fièvre et des complications dans la varicelle (Épidémie observée en 1888, à l'hôpital Laënnec), par J. Pive, (Thèse de Paris, 1888).

La varicelle peut être fébrile, mais à l'inverse de ce que l'on observe dans la rougeole, la scarlatine, le cycle pyrétique est sans caractère fixe, constant, typique. L'éruption a lieu en une ou plusieurs poussées successives, ces dernières ordinairement accompagnées de fièvre. L'élévation thermique est souvent aussi l'avant-coureur de certaines complications dont les plus fréquentes sont le rash, l'angine, la stomatite, la conjonctivite, la kératite, la vulvite, la gangrène, le phlegmon, la néphrite, l'érisipèle et les furoncles.

Ch. Amat.



DES SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE DANS LA COXALGIE ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DE CETTE OPÉRATION AVEC LE TRAITEMENT NON SANGLANT, par H. GOFFART. (Thèse de Paris, 1888).

Les opérations brillantes et hardies sont souvent plus nuisibles au malade que les abstensions et les interventions timides. C'est le jugement que nous portons sur la thérapeutique de la coxalgie. Mieux vaut à l'exemple de nos maîtres faire tout d'abord appel aux ressources de l'hygiène, aidée d'une bonne médication locale et générale, plutôt que d'arriver à saisir de propos délibéré comme certains chirurgiens de nos voisins, couteau, scie, gouge et maillet. Que si la suppuration apparaît dans l'article on peut aspirer le pus des abcès, gratter les fistules et modifier les tissus par des injections d'éther iodoformé. La résection costo-fémorale n'étant enfin pratiquée que dans les cas où le pus s'écoulant mal s'accumule dans les culs-de-sac de l'articulation où la fièvre persiste malgré les pansements et le traitement général, où les trajets fisluleux aboutissent à des os profondément altérés, où les douleurs deviennent de plus en plus vives. Elle peut aussi être indiquée dans certains cas d'ankylose du membre en position vicieuse, de déformation impossible à réduire à cause de la solidité des adhérences. Et encore ne faut-il recourir à un moyen si radical que la main forcée après avoir acquis la conviction qu'un traitement local bien euteudn et un traitement général approprié resteut sans action sur l'évolution de la maladie. Si l'on ne tenait compte des indications diathésiques, si l'on n'acceptait comme contre-indication un foie énorme, une tuberculose confirmée, on courrait le risque de voir son intervention suivie d'effets désastreux car sans parler de l'atrophie, de la faiblesse, des positions vicieuses, du raccourcissement du meme bre opéré, le trauma ne manquerait pas de raviver les progrès de la phthisie.

DES HERNIES CONGÉNITALES, par E. CHAUVEAU. (Thèse de Paris, 1888).

Il est certain que le port d'un bandage pouvant suffire à amener la cure d'une hernie inguinale c'est à une telle pratique que l'on doit tout d'abord recourir. Que si quelquefois la maladie persiste encore à l'âge de 15 ans, il y a lieu de fonder peu d'espoir sur la guérison naturelle et il convient d'en venir à l'intervention armée. La cure radicale s'impose aussi comme le seul moyen de succès chez les enfants dont la hernie est impossible à contenir soit par suite d'ectopie folliculaire, soit pour toute autre raison. Facile à exécuter elle est à fois efficace et bénigne. Le sac sera extirpé en totalité. Quant au testicule on le respectera toujours et on le maintiendra dans le scrotum. La valeur qu'il peut avoir ectopié ou non sera pour le moins morale et elle suffit à indiquer sa conservation.

DE LA DÉVIATION CONSÉCUTIVE A L'ARTHRITE ET DE SON ROLE DANS UNE VARIÉTÉ DE PIEDS DOULOUREUX, par L. FOREST DE FAYE. (Thèse de Paris, 1888).

Toute articulation violentée se dévie entraînant soit des compressions synoviales avec arrêt partiel de la circulation et de la nutrition locale, soit des altérations nerveuses avec irradiation dans les parties voisines ou les extrémités, soit des rétractions des ligaments avec relâchement consécutif des antagonistes. D'où ces déformations permanentes, ces ankyloses fibreuses observées parfois et souvent rattachées à l'arthrite qui peut n'être que consécutive. La déviation seule peut tenir sous sa dépendance des accidents variés, des artropathies indéfinies. Elle est dans ce cas une véritable entité morbide dont il faut connaître la symptomatologie et qu'il convient de traiter par le redressement aidé d'une petite prothèse pour assurer la permanence des résultats acquis.

Le pied étant exposé à tous les traumatismes présente des déviations dont une des plus fréquentes est étudiée par l'auteur sous le nom de sous-malléolaire interne.

On lira avec intérêt quatre observations qui accompagnent le présent travail. Deux dessins aident à l'intelligence du texte.

DES PSEUDARTHROSES DU CORPS DU FÉMUR, Par M. BAER (Th. de Paris, 1888).

Si les causes générales peuvent exercer une influence marquée sur la longueur ou la rapidité d'une consolidation osseuse, les causes locales sont seules à incriminer lorsqu'il s'agit d'expliquer la formation d'une pseudarthrose. Celle-ci peut survenir avec un écartement trop considérable entre les deux extrémités de l'os rompu, avec une direction par trop oblique des fragments ou par le fait de l'interposition entre eux d'une masse musculaire. La coaptation n'ayant pas lieu, on comprend qu'un col solide ne pourra se former qu'après ablation de la masse charnue et avivement des deux extrémités osseuses. Cette dernière opération sera pratiquée suivant les cas à l'aide du ciseau et du maillet ou avec la curette tranchante se contentant de racler les surfaces à mettre en contact. Et sans qu'il soit nécessaire de recourir à la suture osseuse, on se comportera comme si l'on avait affaire à une fracture ouverte après avoir appliqué un appareil à fracture de cuisse à extension et contre extensions continues.

CH. AMAT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE DU CŒUR (Sclérose du myocarde), par Ch.-Alf. WEBER (Thèse de Paris).

Sous le nom d'artério-sclérose, on désigne un type morbide caractérisé au point de vue anatomique par l'endurcissement des parois artérielles et, au point de vue clinique, par une série de troubles fonctionnels, ces derniers en rapport avec la localisation anatomique du mal. Nous aurons ainsi des brightiques, des emphysémateux, des cirrhotiques, des cérébraux, des aortiques, des athéromateux, des cardiaques et le trait d'union entre ces différents malades sera représenté par une lésion commune à tous consistant dans l'artérite des petits vaisseaux.

L'artério-sclérose du cœur se traduit par un pouls dur, serré, une exagération de la tension artérielle; puis surviennent de l'oppression, des accès angineux et des crises d'asystolie. A l'auscultation on perçoit un affaiblissement de la systole cardiaque avec un retentissement diastolique de l'aorte (Huchard).

M. Weber s'attache à nous décrire le processus anatomique d'où dérivent ces troubles.

Les artérioles du cœur sont atteintes de lésions diverses: elles présentent de l'endartérite oblitérante c'est-à-dire qu'elles se laissent peu à peu obstruer par un tissu pathologique d'aspect inflammatoire, lequel se développe aux dépens de la tunique interne. C'est là l'altération la plus fréquente.

Dans d'autres cas, la tunique interne étant relativement saine, c'est la tunique externe qui devient le siège d'une hypertrophie conjonctive. Nous avons de la périartérite.

Les lésions précédentes peuvent se rencontrer sur le même vaisseau. Nous nous trouvons en présence d'une endo-périartérite.

Or et c'est là un point essentiel, du siège de l'altération des vaisseaux dépend la distribution du tissu scléreux.

Ainsi l'endartérite entraîne une irrigation sanguine défectueuse et, par conséquent, une nutrition imparfaite du territoire vasculaire correspondant. Cette nutrition imparfaite excite la vitalité du tissu conjonctif et ce tissu s'hypertrophie lentement (H. Martin). Il se forme une *sclérose distrophique* qui fait débuter les lésions à une certaine distance des vaisseaux, dans les points où la nutrition est la plus imparfaite.

Cette *sclérose distrophique* est la plus commune et le fait se conçoit aisément si nous nous rappelons que l'endartérite oblitérante d'où dérive cette sclérose se rencontre elle-même le plus fréquemment.

Plus rare et moins étendue est la sclérose *inflammatoire ou péri-vasculaire*, en rapport avec la périartérite.

Il va sans dire que dans les cas d'endo périartérite, ces deux scléroses *dystrophique et inflammatoire* se présentent simultanément et donnent naissance à *des scléroses mixtes*.

Le cœur augmente de volume. Tantôt il est hypertrophié et tantôt dilaté. Ces deux états différents dépendent d'une même cause : les lésions artérielles. Sous l'influence de l'endartérite, le myocarde devient insuffisant par défaut d'irrigation sanguine et il a pour tâche de réagir dans la mesure du possible contre la pression du sang. Si la lésion vasculaire s'est établie rapidement, cette réaction n'a pas le temps de se produire. Le cœur cède sous la pression. Il se dilate.

Que l'endartérite se développe au contraire avec lenteur et n'atteigne que des territoires peu étendus le cœur réagit contre la tendance à la dilatation. L'effet de cette réaction entraînera l'hypertrophie musculaire des parois.

Le travail de M. Weber est une œuvre intéressante basée sur des recherches histologiques personnelles.

Contribution à l'étude des divers modes de transmission de la fièvre typhoïde, par Modelski (Th. de Paris 1888).

On a de la tendance à considérer l'eau comme l'unique véhicule du bacille typhique.

L'auteur s'inspirant des leçons de M. le professeur Proust, décrit en outre la propagation par le sol (sols souillés, putrides qui peuvent servir de milieu nourricier aux germes typhogènes). Il étudie la transmission par l'air, la viande, le lait et enfin par l'homme et les objets à son usage. Des exemples sont donnés de ces divers modes de contamination. Cette thèse ne contient aucun fait nouveau.

Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire commune, par Etienne Battle (Th. de Paris 1888).

La présence du bacille de Koch dans les produits d'expectoration est un signe certain de phtisie tuberculeuse. Mais la non-constatation de ce bacille ne permet pas de conclure à l'absence d'une lésion tuberculeuse. Il s'est trouvé des malades reconnus tuberculeux à l'autopsie chez lesquels la recherche des bacilles était restée obstinément négative (Obs. de Dejerine).

Pour déceler la phtisie pulmonaire précoce, d'autres signes sont nécessaires.

Entre tous ceux qui s'offrent au clinicien, il n'en est pas de plus importants que ceux recueillis par l'auscultation.

Elève du professeur Grancher, Battle adopte les idées de son maître. Il insiste particulièrement sur les inspirations rudes et de tonalité basse.

Lorsque l'une ou l'autre de ces inspirations est unilatérale, localisée, permanente, elle accuse, presque à coup sûr, une tuberculose pulmonaire commençante.

L'auteur cite quelques observations où la perception de ces inspirations rude et basse a précédé de quelques mois l'expectoration bacillaire.

De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens, par Léon Cahn (Th. de Paris 1888).

La fièvre typhoïde palustre admise par Collin, n'est autre qu'une fièvre typhoïde survenant chez les impaludés. Ces derniers porteurs d'organes de tissus dégénérés de par le fait de l'impaludisme (sang, système vasculaire, foie, rate, cœur, reins) sont incapables de résister à l'attaque d'un nouveau processus morbide. Le pronostic de la fièvre typhoïde chez les impaludés est grave. L'auteur cite trois cas terminés par la mort. Les symptômes abdominaux et pulmonaires sont peu marqués ; par contre les malades ont des hémorrhagies répétées et abondantes, des sueurs profuses, des accès intermittents, de l'albuminurie, des syncopes. Ils succombent à des accidents de paralysie cardiaque.

En raison de l'altération fréquente du parenchyme rénal, l'auteur pense que la quinine doit être maniée avec prudence, pour éviter des accidents d'accumulation. La quinine n'est indiquée que dans les cas de lésions paludéennes récentes.

Contribution à l'étude de la pleurésie dans la fièvre typhoïde. par Georges Jaugey (Th. de Paris 1888).

La pleurésie dans la fièvre typhoïde est une complication rare. Tantôt elle reste latente, tantôt elle s'accuse par un point de côté et une gêne de respiration manifeste.

Elle affecte la forme séro-fibrineuse, plus souvent la forme hémorrhagique ou purulente.

La pleurésie séro-fibrineuse débute rarement dans les premiers stades de la fièvre typhoïde. C'est plutôt un accident de convalescence consécutif à un refroidissement.

Dans les cas d'épanchement sanguinolent, les lésions de la plèvre sont peu importantes; ces sortes d'épanchements considérés par Louis comme un phénomène agonique, constituent quelquefois le premier stade d'une pleurésie purulente (Dieulafoy).

La pleurésie purulente est due à une infection secondaire par les organismes de la suppuration (staphylocoques, streptocoques); le traitement consiste, dans ce cas, à évacuer le pus par des ponctions capillaires aspiratrices, et dès que l'état des forces le permettra, à pratiquer la pleurotomie antiseptique sans lavages.

Dr Fiessinger.

BULLETIN

Mode d'action de l'iodure de potassium sur le cœur. Dangers de la cocaïne.

Les auditeurs assidus des séances académiques ont eu cette semaine encore l'occasion d'apprécier l'activité scientifique de M. G. Sée, et l'entrain vraiment juvénile que ce maître apporte à la vulgarisation et à la défense des idées qu'il considère comme siennes. Cette fois il s'agissait de déterminer le mode suivant lequel l'iodure de potassium agit sur le cœur. M. Sée a institué des expériences dans le but d'éclaircir cette question délicate, estimant avec raison que la clinique ne saurait la résoudre à elle seule, et que d'ailleurs toute tentative théra-

peutique doit être précédée d'un essai d'interprétation rationnelle. Prescrire un médicament dont on ne connaît pas ou dont on soupçonne à peine le mode d'action physiologique, n'est-ce pas faire de l'empirisme? Et l'empirisme n'est-il pas lui-même la négation du progrès véritable en médecine? Voilà sans doute la pensée qui a guidé M. Sée dans cette série de recherches où il s'est efforcé de préciser l'influence que l'iodure de potassium exerce sur les vaisseaux, sur la pression sanguine, sur le cœur, etc.

Il serait difficile de discerner dès aujourd'hui toutes les conclusions qui se dégagent de ce travail; disons pourtant qu'elles confirment l'utilité générale de l'iodure de potassium et qu'elles tendent à multiplier les indications thérapeutiques de ce composé, au point d'en faire une sorte de médicament universel applicable à l'infinie variété des cas où le cœur peut se trouver intéressé. Nous ne ferons qu'une énumération bien incomplète de ces cas en désignant ici un certain nombre d'affections ou de lésions plus fréquentes que d'autres et qui ne représentent, à vrai dire, que les têtes de chapitre de la pathologie du cœur: adipose et dégénérescence graisseuse, hypertrophie et dilatation ventriculaire gauche, sclérose totale et sclérose des coronaires, avec sa dépendance immédiate l'angine de poitrine, anévrysmes de l'aorte. On connaît l'influence heureuse de l'iodure de potassium dans ces différentes affections, influence depuis longtemps démontrée par la clinique. M. G. Sée estime que, dans tous ces cas, et d'une manière générale, ce médicament a pour effet de relever l'énergie contractile du moteur central et d'augmenter corrélativement la pression vasculaire. Il semble agir d'une manière presque immédiate sur la fibre cardiaque en activant la circulation et par suite la nutrition de cette fibre. On ne peut donc le considérer comme un dépresseur du cœur, ainsi qu'on l'a enseigné longtemps. C'est plutôt l'interprétation inverse qu'il faudrait admettre. Par conséquent, son intervention sera particulièrement utile dans les cas de lésions mitrales ou myocardiques non compensées, avec débilité cardiaque prédominante.

Telles sont résumées aussi brièvement que possible, les conclusions les plus générales qui se dégagent du travail de M. G. Sée. Il est bon d'ajouter que l'auteur, en passant, a cru devoir faire table rase des prétendus dangers attribués à l'usage prolongé des sels de potassium. La potassophobie ne repose sur aucun argument sérieux, elle n'a d'autre origine que l'imagination inquiète de certains thérapeutes trop enclins à incriminer les causes accessoires. De même, il n'a pas dissimulé le peu de confiance que lui inspire l'iodure de sodium, ce médicament aujourd'hui à la mode dont on a voulu faire le succédané, pour ne pas dire le rival de l'iodure de potassium. M. Sée n'hésite pas à le qualifier de *moitié de médicament* et comme tel à proscrire son emploi dans certains cas comme les anévrysmes aortiques où la syphilis viscérale grave, où il peut devenir redoutable par sa nullité. Cette dernière remarque ne sera peut être pas accueillie volontiers par ceux qui ont fait la vogue de l'iodure de sodium. Mais les affirmations de M. G. Sée sont trop précises pour que nous ne croyons devoir leur donner dans cet exposé l'importance qu'elles méritent.

— L'enthousiasme qui a accueilli la découverte des propriétés anesthésiques de la cocaïne et la faveur dont ce médicament jouit encore aujourd'hui ne doivent pas nous empêcher de reconnaître les inconvénients, voire même les dangers qui sont trop souvent la conséquence de son emploi. Récemment, un certain nombre de faits ont été publiés, d'après lesquels on peut concevoir une idée assez exacte de la physionomie habituelle de ces accidents et en même temps apprécier leur gravité.

Nous venons précisément de lire la relation de faits semblables dans un mémoire fort intéressant de M. Dufournier (*Arch. gén. de Médecine*). La lecture de ce mémoire est extrêmement instructive. Les symptômes de l'empoisonnement cocaïné y ressortent avec une netteté bien propre à mettre les médecins en défiance vis-à-vis d'une substance dont l'usage a été trop souvent poussé jusqu'à l'abus. Ce sont, paraît-il, les phénomènes nerveux qui dominent. Le collapsus voisin du coma par lequel la scène se termine chez les malades intoxiqués représente habituellement la dernière phase de ces phénomènes, phase inquiétante au plus haut point puisque dans plusieurs cas, la science s'est terminée par la mort. M. Reclus, un des plus chauds partisans de l'emploi de la cocaïne en chirurgie, a insisté sur la fréquence des troubles psychiques (surexcitation intellectuelle, loquacité, etc.). Il a même constaté des hallucinations et de la manie passagère. La fréquence des troubles d'ordre convulsif paraît également établie par le témoignage de plusieurs observateurs. Ainsi Heimann, médecin allemand, a vu survenir de véritables attaques épileptiques chez un individu adonné depuis longtemps à la pratique quotidienne des injections sous-cutanées de cocaïne. Ces attaques ressemblaient en tous points à celles du mal comitial. Elles ne disparurent qu'avec l'éloignement de la cause et se montrèrent de nouveau avec la reprise du médicament. Les cas de mort sont relativement nombreux. On peut citer, entre autres, celui de ce pharmacien qui succomba à la suite de pulvérisations d'une solution cocaïnée au fonds de l'arrière-gorge; celui de Knabs, de Berlin, relatif à une jeune fille qui mourut quelques instants après l'injection sous-cutanée d'une solution à 4 0/0; le fait de Kolomin qui observa la même terminaison funeste après l'injection intra-rectale de plusieurs doses successives d'une préparation à 5 0/0. Ce dernier fait est à retenir particulièrement, car il eût pour conséquence ultérieure le suicide de l'auteur involontaire de ce terrible accident.

Nous pourrions allonger encore cette liste des accidents imputables à la cocaïne. Ce que nous venons d'exposer suffira à en montrer la réalité et établira ainsi la nécessité d'introduire à l'avenir des réserves dans le maniement d'une substance vis-à-vis de laquelle certaines personnes présentent certainement une susceptibilité particulière. Car il faut évidemment tenir compte ici des prédispositions individuelles; mais l'absence des signes propres à les reconnaître d'avance n'est qu'un argument de plus à l'appui des réserves formulées plus haut. Du reste il se dégage des observations que nous avons parcouru certaines remarques grâce auxquelles il sera, possible à l'avenir de diminuer encore les chances déjà bien minimes d'empoisonnement.

C'est ainsi que, d'une manière générale l'emploi de la cocaïne devra être interdit chez les vieillards, les cardiaques, les nerveux, les débilités: pareillement, d'après M. Reclus, quand on aura quelque raison de soupçonner un mauvais état antérieur des reins. Cette dernière circonstance surtout paraît offrir une grande importance, l'intégrité de l'émonctoire rénal étant une condition absolue pour l'élimination des médicaments et devenant par le fait toujours exigible. Enfin un dernier précepte non moins impérieux est relatif à la position que l'on doit donner avant l'opération au malade soumis à l'influence préalable de la cocaïne. Les chirurgiens ont constaté en effet que les accidents se produisent plus facilement lorsque le patient est dans la position assise. Cette remarque impose donc dorénavant l'obligation de donner au malade la

position couchée, où pour mieux dire horizontale, dût cette mesure préalable entraver quelque peu l'action de l'opérateur et de ses aides.

P. Muselier.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Le Manuel d'hydrothérapie du docteur Macario, dont la 4e édition vient de paraître à la librairie Félix Alcan, a largement contribué à populariser l'emploi de l'eau froide, tant comme moyen thérapeutique que comme moyen hygiénique.

Ce livre s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi à toutes les personnes soucieuses de suivre les préceptes d'une hygiène rationnelle et fortifiante. A cette nouvelle édition est jointe une Instruction sur les bains de mer, qui est un véritable guide pratique des baigneurs. L'auteur y étudie les propriétés spéciales de l'eau de mer et de l'atmosphère maritime, les conditions pratiques de l'administration de l'hydrothérapie marine et les principales affections auxquelles doit s'appliquer cet ensemble de moyens. (1 vol. in-12, 2 fr. 50.)

La thérapeutique tapageuse aux eaux minérales, par le docteur G. Pécholier, de Montpellier. Une brochure in-8 de 18 pages, 0 fr. 75. — Camille Coulet, libraire-éditeur à Montpellier et Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Etude clinique sur le massage appliquée au traitement des fractures juxta-articulaires, par le docteur Rafin, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1888, gr. in-8 de 46 pages, 1 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 AU SAMEDI 5 OCTOBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 14. — Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 241. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 9. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 20. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 49. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 16. — Biberon, 58. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 19. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 3. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 20. — Total : 1012.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

AVIS IMPORTANT

L'Administration de *l'Annuaire Médical et Pharmaceutique de la France*, du Docteur Félix Roubaud, et de *l'Almanach général de Médecine et de Pharmacie de l'Union Médicale réunies*, 21, Rue de la Monnaie, Paris, prie nos Confrères de vouloir bien lui adresser le *plus tôt possible*, les renseignements concernant leur changement d'adresse, heures de consultation etc, etc, ; pour l'Edition 1890.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INFLUENCE DE LA PREMIÈRE DENTITION SUR LA MARCHE DE LA ROUGEOLE (1).

Par le Dr Ch. Fiessinger.

— Grisolle dit : « Le travail de la dentition est une circonstance qui aggrave le pronostic de la rougeole. »

Formulée dans des termes aussi absolus, cette proposition n'est pas exacte.

Nous venons d'assister à une épidémie de rougeole qui a frappé plusieurs centaines d'enfants à Oyonnax.

Nos observations sur les enfants du premier âge nous permettent d'avancer que l'influence de la dentition sur la marche de la rougeole s'exerce de plusieurs manières distinctes.

1° La maladie n'est pas troublée par le travail de la dentition, et pendant que la rougeole suit sa marche normale, les parents s'aperçoivent avec étonnement de la sortie d'une dent ;

(1) Patholog. int. 9e édit., 4e tir., Paris, Masson, 1879, t. I, p. 127.

2° L'éruption de rougeole terminée, la fièvre persiste ; l'enfant a de la bronchite ou de la diarrhée, et ces symptômes disparaissent peu de temps après l'éruption d'une ou de plusieurs dents.

Plus rarement, la guérison au lieu de suivre, à deux ou trois jours d'intervalle, l'éruption dentaire, tarde davantage et ne se produit qu'une huitaine après.

3° L'éruption dentaire s'est faite. Les symptômes s'aggravent néanmoins et entraînent la mort.

Ces actions diverses de la dentition sur la rougeole, sont d'importance variable.

Nous ne nous attarderons pas à la première de ces actions, celle où la dentition n'exerce aucune influence sur la rougeole. Une dent perce au cours de la maladie, et cela, sans complication d'aucune sorte. Tel est le cas de notre observation I.

Bien plus intéressantes sont les observations II, III, IV, V, VI. Un enfant atteint de rougeole ne guérit pas ; l'éruption une fois ternie, la fièvre persiste entre 38 1/2 et 39 1/2. On constate de la diarrhée (obs. III), des vomissements alimentaires ou bilieux (obs. IV), de la bronchite avec râles sous-crépitants plus ou moins fins, localisés d'ordinaire à la base et en arrière des poumons (obs. II, III, IV, V, VI). Ces derniers symptômes peuvent faire craindre l'invasion d'une broncho-pneumonie. Dans l'observation V, par exemple, le début d'une broncho-pneumonie semblait évident. Mais cet enfant de 21 mois se trouvait dans de bonnes conditions hygiéniques. La chambre était aérée ; d'autres enfants atteints de rougeole dans le même appartement, il n'en avait pas existé. Or, dans l'épidémie que nous avions eu à soigner, ce fait nous avait frappé ; les broncho-pneumonies ne s'étaient attaquées qu'à des enfants soumis à l'encombrement ou logés dans des chambres où d'autres rougeoles déjà venaient de guérir.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

II

Le quartier de cavalerie Bonnard, à Épinal, possède en plein fonctionnement 286 lampes à incandescence, une pour 12 hommes, actionnées par un moteur à vapeur de 25 chevaux, sur machine Gramme d'une force électro-motrice de 70 volts avec intensité de courant de 150 ampères. La dépense est deux fois moindre que pour les lampes à pétrole, elle est la même que celle des anciennes veilleuses de moyen âge mémoire.

Qui ne se souvient de la flammèche fumeuse, jaunâtre et tremblottante, un clou de lumière fiché dans la nuit noire, étoile de dernière grandeur indiquant, plus qu'elle n'éclairait, l'escalier de pierre où des soldats, dans les suggestions incertaines du demi sommeil, venaient trébucher, se tuer parfois.

Cet obscurantisme s'est éteint, la lumière est. Les lampes Edison (1) écartent toute crainte de malpropreté, d'incendie et de viciation atmosphérique, elles ne brûlent pas l'oxygène en rendant du carbone comme une poitrine humaine, elles ne volent pas au soldat une partie de son cube d'air, elles ne respirent pas.

* *

La Statistique, elle, nous laisse peu respirer. Voici celle de 1887 en 1889. Un peu plus nous avions 88. C'est d'une célérité sans précédents ce train rapide.

Autrefois, on mettait plus d'heures de bureau à faire, on plus tôt à ne pas faire le « travail ». On le travaillait plus lentement

(1) Voir le numéro précédent.

(1) A l'école italienne d'application d'artillerie et du génie où la supériorité d'hygiène et de bon marché de l'éclairage électrique s'est également affirmée, il est produit par 325 lampes à incandescence, système Crutto actionnés par 2 moteurs à gaz Otto, total 27 chevaux. Le gaz a été choisi en raison de son bas prix, 18 cent. le mètre cube à Turin.

Notre petit malade V ne remplissait aucune de ces conditions De plus il portait sans cesse la main à la bouche; il avait de la salivation.

Nous laissons espérer à la famille que la bronchite cèdera peut-être à la sortie d'une dent. En effet l'éruption de rougeole ayant disparu le 11 septembre, on constatait le 14 septembre l'éruption d'une première molaire, et, dès le 16 septembre, la fièvre était tombée. La bronchite guérissait rapidement.

L'intervalle qui sépare l'éruption dentaire de la guérison complète est d'ordinaire, comme dans le cas précédent, de 48 heures.

Ainsi dans *l'observation III*, chez un enfant d'un an, le 23 août, on note l'éruption d'une incisive latérale inférieure. La guérison s'effectue le 25.

Observation IV. Garçon de 14 mois. Eruption des premières molaires le 18. Guérison le 20.

Observation VI. Garçon de 2 ans. Le 7 août éruption de deux deuxièmes molaires. Guérison le 9.

Dans l'*observation II*, l'intervalle qui sépare la sortie de la dent, de la guérison, est de trois jours. Fillette de 1 an. Eruption de l'incisive latérale supérieure gauche le 23 août. Guérison le 26 août.

Après l'effacement de l'éruption de la rougeole, la fièvre avait duré cinq jours (obs. II, obs. V), neuf jours (obs, III, IV, VI).

Nous insistons sur ce point, car Sanné, dans son article « Rougeole » du dictionnaire de Dechambre (1), dit que la persistance de la fièvre, quand l'éruption s'efface, est toujours de mauvais augure.

D'après nos observations, on vient de voir que, lors des périodes de dentition, la persistance de la fièvre ne revêt pas forcément de caractère alarmant.

Les cas où les symptômes morbides disparaissent rapidement à la sortie d'une dent, sont les plus fréquents.

Dans des cas plus rares la dent a percé. Les accidents continuent. Prenons notre malade VII. L'éruption de rougeole disparaît le 7 août. La fièvre persiste avec bronchite. Le 13 août, éruption de deux incisives supérieures. La température descend à 37°7, mais remonte à 40° dès le lendemain et ne baisse que le 21 août.

(1) Troisième série, t. V, p. 415

Dans le troisième groupe, nous avons rangé l'observation VIII, où la sortie d'une dent n'a pas amélioré l'état de l'enfant. La température semble bien, lors de l'éruption dentaire, s'abaisser un peu (38°2); mais dès le soir elle remonte à 39°2, et atteint le lendemain soir 41°1, moment où l'enfant succombe aux accidents pulmonaires.

Nous venons d'indiquer les différents modes suivant lesquels la dentition semble influencer la rougeole.

Il nous reste à établir que, si la rougeole se prolonge, c'est bien à l'éruption dentaire qu'elle doit cette prolongation.

Il est un fait certain, c'est qu'après une rougeole, un enfant, qu'il soit ou non à l'âge de la première dentition, présente, en cas de complications, des symptômes absolument analogues. Chez des enfants de 3 ou 4 ans, nous avons noté des phénomènes identiques à ceux que nous observions chez les sujets plus jeunes, ces derniers souffrant à un moment donné d'une éruption dentaire, alors que les premiers étaient possesseurs de toutes leurs dents.

Aussi bien, de même que pour tous les accidents de la dentition les troubles dont souffrent les enfants, suite de rougeole, ne tirent une signification quelconque que de la coïncidence reliant ces troubles au moment où se fait l'éruption. D'ordinaire l'éruption dentaire terminée, ces troubles disparaissent.

La dentition crée chez l'enfant, suite de rougeole, comme une sorte d'opportunité morbide qui lui fait contracter facilement des accidents pulmonaires ou digestifs.

Cette opportunité morbide abandonne le petit malade, lors de la sortie de la dent.

Mais on comprend aussi que, si les accidents se greffent sur un organisme épuisé ou bien qu'ils soient trop prononcés, ils puissent survivre à la cause qui les détermine, et que la dentition opérée, ils continuent d'évoluer pour leur propre compte, soit qu'ils disparaissent lentement (obs. VII), soit même qu'ils entraînent la mort (obs. VIII).

OBSERVATIONS.

OBS. I. — *Enfant de 16 mois. Eruption de rougeole le 30 juillet. Le 1er août, éruption d'une incisive latérale supérieure gauche. Marche de la rougeole normale.* — L'enfant Mich..., 16 mois, a son frère atteint de rougeole depuis le 19 juillet. Le 26, il perd l'appétit, a des nuits agitées. Toux fréquente.

---

pour le démontrer plus travaillé. C'est un antique artifice de Ministère; on laissait son chapeau dessus

Le Dr Dujardin-Beaumetz a donné des ailes à ces compilateurs qui compilaient, compilaient, compilaient avec une prudente retenue de façon à ne pas produire avant terme.

Mais, hélas! ce sont à peu près, dans cet édifice à colonnes, mêmes tableaux, mêmes chiffres, aussi peu groupés pour l'enseignement pratique qu'en 1859, il y a trente ans. Les modifications ne portent guère que sur le volume du volume qui, de 236 pages en 1875, en a 291 en 1886 et fait mieux le gros dos dans les bibliothèques; ce n'est pas assez pour le prix.

***

Ainsi, que les fièvres typhoïdes soient diminuées par une hygiène supérieure, rien de mieux, mais le texte ne m'indique en rien si l'on en guérit plus ici que là et qu'autrefois. Si tel directeur de grand hôpital, par le rechange des salles, l'isolement, l'aération, l'alimentation mieux entendus, en conférenciant, « en soufflant » ses médecins de salle dans les cas difficiles, a obtenu comme il va de soi un rendement meilleur en vie humaine, a aidé son bon hôpital ou combattu son mauvais, rien ne me l'accuse. Le savoir et le talent s'immergent en une moyenne muette qu'ils élèvent — pour les autres.

Ce seraient pourtant, ces citations, un levier d'émulation puissant vers le plus désirable des mieux, le sauvetage du soldat; dans cette armée qui semble faite pour prendre aux mères la vie de leurs enfants, cette conservation, qui devrait être signée, a presque la grandeur d'une restitution — anonyme aujourd'hui.

***

En prenant pour base le diagnostic d'entrée des médecins au régiment, dont les « à côté » se balancent et s'annulent en moyenne, on éviterait toute comptabilité de complaisance de la part des cliniciens et l'on arriverait au bout de 4 ou 5 années à une cote ferme, à dire que si tel hôpital est guérisseur, c'est qu'il est hygiénique et savamment dirigé et amélioré comme tel régiment par son colonel, tel corps d'armée par son général.

Il y a des variations individuelles que, pour le bien du service, il faut dégager de la moyenne éteignoir; le texte ne m'en dit rien,

29 juillet. T. m. 38,5; T. s. 39.

Le 30. T. m. 38; T. s. 39. L'éruption classique se fait dans la nuit.

Le 31. T. m. 38,9; T. s. 38,9. L'éruption commence déjà à ternir. Râles ronflants dans les bronches.

1er août. T. m. 37,4; T. s. 37. *Eruption d'une incisive latérale supérieure gauche.*

Guérison rapide.

Obs. II. — *Fillette de un an. L'éruption de rougeole s'efface le 21 août, fièvre persistante. Le 23 août, éruption dentaire. Le 26 août, guérison.* — Var..., (Louise), âgée de 1 an a trois dents. Elle tousse et a les yeux rouges depuis le 17 août. Elevée au sein, elle continue de téter.

19 août. T. s. (1) 40,2. L'éruption de rougeole se fait à la figure.

Le 20. T. m. 38,8. Eruption généralisée. Pas de râles dans les bronches.

Le 21. T. m. 38,7; T. s. 39,4. L'éruption commence à ternir.

Le 22. T. m. 38,7; T. s. 38,8. Les paupières sécrètent un mucopus qui en agglutine les bords.

Le 23. T. m. 37,7: T. s. 38,5. L'enfant tousse beaucoup. On perçoit quelques sibilances disséminées et râles humides aux bases en arrière. *Eruption de l'incisive latérale supérieure gauche.*

Le 24. T. m. 38,5; T. s. 38,4.

Le 25. T. m. 38,1; T. s. 38,3.

Le 26. T. m. 37,6.

Obs. III. — *Garçon de un an. Eruption de rougeole le 12 août, disparaissant vers le 16 août. Fièvre persistante. Le 23, éruption dentaire. Guérison le 25 août.* — Hug..., (Louis), âgé de 1 an, élevé au sein, tousse depuis le 9 août. Eruption le 12 août, se propageant rapidement à tout le corps.

16 août. L'éruption ternit.

Le 17. T. s. 40,4. Râles sous crépitants aux bases et en arrière des poumons.

Prescription : Cataplasmes sinapisés sur le dos et la poitrine toutes les trois heures. Thé avec une cuillerée à café de cognac. Potion avec 10 centigr. de sulf. de quin. à prendre en 36 heures.

Le 18. T. m. 40,4; T. s. 38,8.

Le 19. T. m. 38,8; T. s. 38,8.

Le 20. T. m. 39,8; T. s. 39,8.

Le 21. T. m. 39,7; T. s. 38,6.

Le 22. T. s. 39,8. Diarrhée légère.

(1) La température est toujours prise dans le rectum.

Le 23. T. m. 38,2. T. s. 38,6. *Eruption d'une incisive latérale inférieure.*

Le 24. T. m. 38,5; T. s. 38,6. Diarrhée disparue.

Le 25. T. m. 37,4. Guérison.

Obs. IV. — *Garçon de 14 mois. Eruption de rougeole le 6 août disparaissant le 11. Fièvre persistante. Le 18, éruption dentaire. Guérison le 20.* — Dup..., André, 14 mois, a l'éruption de rougeole le 6 août. L'éruption se généralise le 7.

8 août. T. m. 39,4; T. s. 39,3.

Le 9. T. m. 38,4.

Le 10. T. m. 39,2; T. s. 38.

Le 11. T. m. 39,2. L'éruption a disparu.

Le 12. T. m. 39,2; T. s. 39. Râles ronflants dans les bronches. Agitation.

Le 13. T. m. 38,6; T. s. 39,2.

Le 14. T. m. 38,2; T. s. 38,4.

Le 15. T. m. 38,7.

Le 16. T. m. 38,3; T. s. 38,7. Vomissements alimentaires et bilieux. Râles sous-crépitants aux deux bases et en arrière :

Prescription : Cataplasmes sinapisés. Potion avec 10 centigr. de sulf. de quinine. Thé au rhum.

Le 17. T. m. 38,9; T. s. 38,6. Les râles s'étendent aux bases, et en plus, à toute la partie moyenne du poumon gauche.

Prescription : Une mouche de Milan à gauche.

Le 18. T. m. 38,5: T. s. 38,2. *Eruption simultanée de toutes les premières molaires, (2 en haut et 2 en bas.*

Le 19. T. m. 38,2; T. s. 37,7.

Le 20. T. m. 37,2. Râles disparus. Guérison.

Obs. V. — *Garçon de 21 mois. Eruption de rougeole le 8 septembre, ternissant le 11. Fièvre persistante. Eruption dentaire le 14. Guérison le 16.* — Vuail..., (August.) âgé de 21 mois, a 9 dents. L'éruption de rougeole se fait le 8 septembre, et se généralise le lendemain.

8 septembre. T. m. (sous l'aisselle) 39; P. m. 144; T. s. (id.) 39,2; P. s. 148.

Le 10. T. m. (id.) 39,9; P. m. 160; T. s. (id.) 39,8; P. s. 160.

Le 11. T. m. (id.) 39,2; P. m. 152; T. s. (id.) 39,1; P. s. 152. L'éruption disparaît.

Le 12. T. m. 38,4; P. m. 144; T. s. 39,6; P. s. 176.

Râles sous-crépitants à la base droite et en arrière. Accablement. Oppression forte. L'enfant porte sans cesse la main à la bouche. Salivation.

Prescription : Cataplasmes sinapisés sur le thorax. Potion avec 15 centigrammes de sulfate de quinine. Thé au rhum.

comme si c'était hasard, coïncidence ou quantité négligeable qu'une guérison.

Pour découvrir, et pour ainsi dire décachotter, quelques indices sur la mortalité typhoïde comparée, il faut aller aux dernières pages où près d'elle figure une fièvre continue (?) dont rien ne me délimite le degré de parenté.

⁂

Et alors pour prendre un exemple sous la main près de Paris, et formel, je trouve : Hôpital de Versailles, 1881-86, fièvre typhoïde 234, morts 65, environ 30 p. 100; hôpital de Vincennes 1208, morts 172, environ 14 p. 100.

C'est frappant et facile à contrôler.

Il y a certes, des causes complexes.

Le vieil hôpital de Versailles est à cour fermée, une prison microbique, installée dans les anciens *communs* du château habités depuis plus de deux siècles; mais c'est indication justement à y placer le médecin-chef le plus guérisseur, le plus hygiéniste, e mieux armé pour ce champ de bataille désavantageux.

Et pareille statistique, celle-là, la bonne, pourrait être faite pour tous les hôpitaux de France. Ce serait un *avertisseur*.

De même la mortalité signifie peu sans les réformes; celles-ci, elles-mêmes, pour avoir portée nette, ne doivent comprendre ni la réforme des conscrits à leur arrivée au corps, ni celle des réservistes. C'est chapitre à part. Le déchet réel et professionnel ne comporte rien les réformes avant ou après mais *pendant* la vie militaire.

⁂

Et à ce propos, qu'il me soit permis de regretter le congé n° 2, économique mais cruel, qui jette dehors, à la rue, les phthisiques et envoie mourir au hasard, sans prendre cure d'une diffusion contagieuse possible, ces pauvres soldats vaincus sans bataille. Il y a eu en 1886, 2104 de ces fiancés de la mort qui ne figurent pas dans la mortalité.

Votre statistique n'indique pas assez, MM. les statisticiens devenus rapides, la connexité et le relief utilitaire des faits, elle ne marque pas nettement le but réel des hôpitaux, des médecins et

Le 13. La température qui, jusque-là, était prise sous l'aisselle, est prise dans le rectum. T. m. 38; P. m. 136; T. s. 39,2.

Prescription : Une mouche de Milan à droite et en arrière.

Le 14. T. m. 39; T. s. 39,5. Les râles sont moins étendus. Sueurs. *Une première molaire a percé en bas et à gauche.*

Le 15. T. m. 38,2; P. m. 140; T. s. 38,2; P. s. 140.

Le 16. T. m. 37,4; P. m. 130; T. s. 37,5; P. s. 130.

Quelques râles humides persistent aux bases et disparaissent les jours suivants.

Obs. VI. — *Garçon de 2 ans. Eruption de rougeole le 29 juillet, ternissant le 1er août. Fièvre persistante. Eruption dentaire le 7 août. Guérison le 9 août.* — Bonnev... (Eugène), âgé de 2 ans, a son frère atteint de rougeole depuis le 19 juillet. Le 27, il a mal à la tête, du larmoiement, des vomissements alimentaires. Il tousse. Le 28, on lui donne du sirop d'ipéca.

Le 28. T. m. 37,8; P. m. 132; T. s. 39,6.

Le 29. T. m. 39,8; P. m. 136; T. s. 40,2.

Le 30. T. m. 40; P. m. 140; T. s. 39,8. Le matin, on constate sur les reins et le haut des cuisses une éruption de papules aplaties, planches irrégulières, entourées d'une auréole rosée, disparaissant rapidement, et semblables aux papules de l'urticaire, sauf qu'elles ne semblaient pas le siège d'une cuisson vive.

Vers le soir, cette éruption disparaît et l'éruption de rougeole classique commence à la tête et se généralise à tout le corps.

Le 31. T. m. 38,8; P. m. 132; T. s. 39,5.

1er août. T. m. 38,5; P. m. 120; T. s. 39,3. Râles sous-crépitants puis à droite et en arrière. L'éruption ternit.

Prescription : Une mouche Milan. Potion avec 15 centigr. sulf. quin., thé au rhum.

Le 2. T. m. 39,3; P. m. 128; T. s. 39,5.

Le 3. T. m. 39,5; P. m. 152; T. s. 38,9. Les râles sont moins fins et moins étendus.

Le 4. T. m. 39,3; P. m. 132; T. s. 38,1.

Le 5. T. m. 38,5; P. m. 140; T. s. 38,4.

Le 6. T. m. 38,4; T. s. 38,4. Râles sous-crépitants en arrière, à la partie inférieure et moyenne des deux poumons. Enfant oppressé.

Le 7. T. m. 38,2; T. s. 38,6. *Eruption de deux deuxièmes molaires, une en haut et à gauche, l'autre en bas et à droite.*

Le 8. T. m. 38,2; T. s. 37,4.

Le 9. T. m. 37,3. L'enfant reste très faible et se rétablit lentement.

Obs. VII. — *Garçon de 1 an. Eruption de rougeole le 2 août disparue le 7. Le 13, éruption dentaire. Guérison le 21.* — Pet... (François), élevé au biberon, âgé de 1 an, a son frère de 5 ans atteint de rougeole depuis le 21 juillet. Lui-même tousse et a les yeux larmoyants depuis le 30. L'éruption se fait le 2 août à la face et se généralise le 3.

Le 3. T. s. 40,6. Diarrhée. Toux.

Prescription : Potion avec 80 centigr. de bismuth.

Le 4. T. m. 38,8; T. s. 38,9.

Le 5. T. m. 39,4; T. s. 40,5. La diarrhée a disparu. L'enfant est oppressé.

Le 6. T. m. 39,5; T. s. 40.

Le 7. T. m. 39,2; T. s. 39.

Le 8. T. m. 38,2.

Le 9. T. m. 40.

Le 10. T. m. 39,2; T. s. 39,2. Râles sous-crépitants aux bases et en arrière.

Prescription : Cataplasmes sinapisés sur la poitrine. Potion avec 8 centigr. de sulfate de quinine. Thé au rhum.

Le 11. T. m. 39,1; T. s. 39,6.

Le 12. T. m. 39,8; T. s. 38. L'enfant porte continuellement les doigts à la bouche.

Le 13. T. m. 38; T. s. 37,7. *Eruption de deux incisives supérieures.*

Le 14. T. m. 40; M. s. 39,6.

Le 15. T. m. 39,8; T. s. 39,3.

Le 16. T. m. 39; T. s. 39,5. Râles sous-crépitants, fins en arrière et à la base du côté droit.

Prescription : Une mouche Milan à droite et en arrière.

Le 17. T. m. 39,8; T. s. 38,5. Vomissements alimentaires.

Le 18. T. m. 38; T. s. 38,5. Râles sous-crépitants, puis aux bases et en arrière.

Prescription : Une mouche de Milan à gauche et en arrière.

Le 19. T. m. 38,2; T. s. 38,5.

Le 20. T. m. 38,2; T. s. 38,2. L'enfant a dormi quelques heures la nuit.

Le 21. T. m. 37,6. La guérison vient lentement. Les râles ne disparaissent que peu à peu. Au commencement de septembre, la diarrhée se reproduit. Néanmoins, au 20 septembre, de nouvelle éruption dentaire ne s'est pas produite.

Obs. VIII. — *Garçon de 2 ans. Rougeole fin août. Depuis la rougeole, la toux et la diarrhée persistent. Le 11 septembre, la fièvre se rallume. Eruption dentaire le 16 septembre. Mort le 17 au soir.* — L'enfant Gal... (Amédée), âgé de 2 ans, a eu la grippe en février et en mai 1889 (Obs. XLVI et XCIII de notre Mémoire sur la grippe). Il contracte la rougeole en août dernier et suite de cette dernière, il tousse et a la diarrhée. Pas de fièvre dans les premiers jours de septembre. Nous ordonnons une potion de bismuth et d'extrait de quinquina.

10 septembre. T. s. 37,7.

Le 11. T. m. 37; T. s. 38.

Le 12. T. m. 37,3; T. s. 38,4.

Le 13. T. m. 37; T. s. 38,7.

Le 14. T. m. 38,7; T. s. 39,1. Râles sous-crépitants aux bases, plus nombreux à droite.

Prescription : Une mouche de Milan à droite.

Le 15. T. m. 38,6; T. s. 39,5.

Le 16. T. m. 38,2; T. s. 39,2. *La canine gauche supérieure a percé.* La canine droite est sur le point de percer. En arrière et à gauche, râles sous-crépitants fins. Diarrhée légère.

Prescription : Une mouche de Milan à gauche.

Le 17. T. m. 39,8; T. s. 41,1. Les extrémités sont froides à 8 heures du soir. L'enfant succombe à 9 h. 1/2 du soir.

---

même des statistiques; la guérison, elle, a trop l'impersonnalité d'un inventaire.

Ce serait un livre si, à l'aide de chiffres, de résultats et de victoires, de parallèles avec le passé, elle faisait en quelques-unes de ses 291 pages, la physiologie plus comparée des grands hôpitaux et de leurs quelquefois grands médecins qui y dépensent tant d'application, de savoir et d'art militaire médical, mais vous ne dites que peu de chose là-dessus, en moyenne.

Et voilà pourquoi votre fille est muette.

(A suivre.) Dr Chassagne.

UROLOGIE

Étude sur l'équivalent de la désassimilation urinaire.

Par le Dr Beugnies-Corbeau.

L'acte éliminateur par lequel l'organisme se débarrasse des matériaux qui, ayant accompli leur mission biologique, doivent être rejetés au dehors, est confié à trois grands appareils, la peau, le poumon, le rein. Le poumon se charge surtout

des gaz et des substances volatiles. La peau et le rein se partagent le reste, les liquides et les solides. Le lot que ces deux appareils, surtont le dernier, s'adjugent, est si considérable qu'ils s'imposent invinciblement à l'attention de l'observateur. L'étude de l'élimination cutanée n'a point encore élu domicile dans la science. Fonction assez restreinte, d'ailleurs peu accessible à des analyses régulières, elle n'a qu'une importance relativement modeste. L'autre nous demeure donc seule et on peut dire qu'elle est l'image, sanf en ce qui concerne les échanges gazenx, de tous les grands actes qui s'élaborent au sein de l'organisme. C'est le baromètre principal des oxydations. Le rein à cet égard est une balance de précision. Il en déconle que tout ce qui s'y passe est sonmis à des formules mathématiques, formules complexes, peut être, mais qu'on a essayé d'écrire bien sonvent et que nous essaierons nous-même d'esquisser sous la forme la plns claire en nons servant des travaux parus et de nos recherches personnelles.

Urine des 24 heures				Pr Gautier (France). Homme de 65 kilogs. 1.300 grammes.			
				Par kilogramm. d'homme en 24 heures.		Par kilogram. d'urine en 24 heures.	
Eau			1238.07		19.948		952.36
Matière organiques.	Urée	31.55		0.48500		24.27	
	Acide urique	0.52		0.00800		0.40	
	Ac. hipper	1.30		0.02000		1.00	
	Créatin-créatinin	1.30		0.02000		1.00	
	Xanthine	0.006		0.00009		0.004	
	M. extr. et color	7.065		0.10870		5.44	
			41.74		0.642		32.114
Mat. miner	Chlorure	31.30		0.20460		10.231	
	Sulfates	4.03		0.06200		3.100	
	SO^3 anhyd. 2.00 Phosp calc	0.408		0.00620		0.313	
	Phosh. mogn	0.591		0.00910		0.455	
	Phosph. alcalin	1.860		0.02870		1.431	
	P^2O^5 — 1,30						
			20.19		0.31068		15.53
Corps divers	Acide salyciq	Traces					
	O — Az	—					
	Fe AzH^4	—					
	Acid. azotique	—					
	Co^2	—					
			1300.00		20.00		1000.00

Il y a dans l'urine deux parties bien distinctes : l'ean et ce qu'on appelle *le résidu sec, le résidu fixe*, c'est-à-dire ce qui reste dans la capsule après une évaporation prolongée au bain-marie. En d'autres termes ce résidu est la somme des matériaux solides.

Or, qu'est-ce que l'équivalent de la désassimilation urinaire? C'est le poids brut du résidu sec.

Pour bien étudier ce résidn et les rapports qui s'en déduisent empruntons aux meilleurs chimistes les tableaux qu'ils ont obtenus de la composition urinaire.

En voici un qui émane de M. le professeur Gautier, résultat de cinquante-deux analyses accomplies chez un adulte du poids de 65 kilos.

Un premier rapport se dégage avec une entière évidence de ce tableau. L'émission urinaire des 24 heures est de 20 gr. par kilo dn fonds corporel soit très sensiblement 20 cent. cubes. Dans des déterminations qui portent sur un laps de presque 200 journées, nous avons pu voir, en nous prenant comme sujet d'observation, que le chiffre oscille entre 18 et 22 cent. cubes, moyenne 20, ce qui est parfaitement d'accord avec le tableau ci-dessus.

Il y a d'autres relations importantes et plus complexes. Nous allons les aborder.

Rapports des éléments de l'urine entre eux.

La question envisagée comprend un certain nombre de rapports principaux.

a) Le rapport du résidu sec à la totalité de l'urine.

b) Le rapport des matières organiques entre elles, avec le résidu sec et avec les matières minérales.

c) Le rapport des matières minérales entre elles, avec le résidu sec et avec les matières organiques.

a) *Rapport du résidu sec à la totalité de l'urine.*

Le résidu total desséché au bain de sable à 100°, on mieux au bain-marie, représente l'ensemble des substances organiques et minérales, ensemble qui constitue l'équivalent de la désassimilation urinaire.

Or si les chiffres que nous avons mis tout à l'heure en tableau n'ont, pris absolument, qu'une valeur contestable, il n'en est plus de même des relations qu'ils établissent. Les quantités qui se donnent rendez-vous dans une urine peuvent varier suivant de très larges proportions et elles n'y manquent pas. Mais il n'en est plus de même de la hiérarchie qu'elles consacrent, et qui, celle-là, est presque immuable. Ainsi prenons le poids du résidu sec dans la deuxième colonne. Il est égale à 61.83. Comparé au total de l'urine, il en exprime les 4.75 0/0. Quest-ce à dire ? Quel que soit le volume de l'urine, son résidu fixe ne doit être, pour rester normal, ni en deçà de 4.50 0/0, ni au-delà de 5, limites extrêmes.

La relation ainsi établie permettrait, étant connu le poids du résidu fixe, de déterminer avec une précision suffisante le volume théorique de l'urine émise.

Le rapport du résidu sec au poids corporel est de 0,95 cent. à 1 gramme par kilogr. qui se subdivisent ainsi :

1° Matières organiques, 0,64 à 0,69 centigr. avec 0,50 pour l'urée ;

2° Matières minérales 0,31 à 0,33 centigr. dont 0,25 pour l'anhydride phosphorique.

b) *Rapports des matières organiques entre elles, avec le résidu fixe, et avec les matières minérales.*

Un simple coup d'œil sur le tableau précédent nous montre que l'urée constitue les 3/4 des matières organiques.

Du reste voici la répartition exacte ;

Urée	75,50 0/0
Acide urique	1,24 —

Acide hippuriq..........	3,12 —
Creat. et creatinine........	3,12 —
Xanthine..................	0,10 —
Mat. extr. et colorant......	16,88 —

Les matières organiques sont les 3, 2 0/0 de l'urine totale et l'urée exprime les 2, 4 0/0 dn même rapport.

Mise en parallèle avec le résidn fixe, l'urée en mesure les 51 centièmes, c'est-à-dire sensiblement la moitié.

Les matières minérales ne sont qne les 60 0/0 de l'urée.

Relativement au poids du corps, les matières organiques en expriment les 0,0642 0/0 dans lesquels l'urée présente 0,0485 du pourcentage.

c) *Rapports des matières minérales.*

Deux cas se présentent, ou bien elles sont dosées par voie chimique, à l'état de sels hydratés par conséquent, ou bien elles ont subi les hautes températures de la monffle et alors elles sont anhydres.

Prenons le premier cas qui est celui de notre tableau. Elles mesurent au total 18 gr. 60 qui se répartissent ainsi :

Chlorures...	66 0/0
Sulfates.....	20 —
Phosphates..	14 —

Il ne faut pas oublier que dans la dessication même à 100°, on obtient un résidn fixe un peu inférieur à ce qu'il devrait être. Le phosphate acide de soude attaque l'urée, se transforme partiellement en phosphate volatil d'ammoniaque. La métamorphose ammoniacale de l'urée s'opère du reste dans des proportions plus considérables. Bref il y a une perte de poids assez sensible. Lorsqu'on veut s'affranchir de l'erreur, négligeable, reconnaissons-le en clinique, il faut employer l'évaporation dans le vide à basse température.

La somme des substances salines est le 1/3 ou les 33 0/0 du résidu sec. Elle est la moitié (48,4 0/0) de celle des matières organiques, et 56 0/0 de celle de l'urée. Elle représente les 1.55 0/0 de la totalité de l'urine.

Mis en regard de l'urée les chlorures atteignent 42 0/0 avec 28 0/0 de chlore.

Les sulfates. . . .	16 0/0
Les phosphates. . .	12 0/0

Avec 7 0/0 d'anhydride phosphorique P^2O^5.

D'après le professeur Lépine, le rapport de l'anhydride phosphorique à l'urée doit se tenir entre 7 et 9 0/0, moyenne 8 sous peine d'exprimer un état anormal, indigence ou excès des phosphates.

Voici le second cas maintenant. L'élévation de température fait perdre aux sels 5 gr. 60 sur 18.60. Si la calcination est faite à l'air libre une partie des chlorures même se volatilise. De là pour les recherches de précision, la nécessité de recourir à la moufle. Les phosphates se changent en pyrophosphates. Or les 13 grammes de sels anhydres qui restent ont ceci de particulier, qu'ils correspondent chacun à 100 gr. d'urine. En d'autres termes la calcination dn résidn de 100 gr. d'urine doit à l'état normal laisser 1 gr. de sels anhydres.

Toutes ces données sont d'une importance capitale, si on veut prétendre lire un pen intelligiblement dans une nrine. Résumons-les donc :

1° Un français adulte secrète par 24 heures et par kilogr. de son poids 16 à 20 grammes d'urine, soit à peu près 20 cent. cubes ;

2° La sécrétion des divers éléments de l'urine est, dans une série d'analyses, assez proportionnelle an poids du corps;

3° Le poids du résidn sec comparé au poids total de l'urine est très voisin de 4.75 0/0,

4° L'urée représente les 75 0/0 des matières organiques, les 51 0/0 du résidn sec.

5° Les matières minérales ne sont que le tiers de ce résidu, et parmi elles l'anhydride phosphoriqne ne passe pas les 7 0/0 de l'urée ;

6° La perte qnotidienne en matières fixes par l'urine est très sensiblement pour l'adulte de 1 gramme par kilogramme de son poids ;

Ces rapports peuvent être mis en tableau.

Eau.......... 95,25 0/0 du poids de l'urine (P = VD).

Résidn sec	4,75 0/0	Matières orgamiques 3,2 0/0 du poids.	Urée.....	2,42 0/0
			Ac. uriq..	0,04 —
			Ac. hipp.	0,10 —
			Creatinine	0,10 —
			Extract...	0,54 —
		Matièr. minérales 1,55 0/0 du poids.	Chlorur..	0,92 —
			Sulf......	0,31 —
			Phosphat.	0,32 —

Mais l'eau est un élément d'une variabilité assez grande. De plus une telle nomenclature ne serait d'aucune utilité dans la pratique. Nous croyons plus avantageux de mettre en tête des bulletins d'analyses, les quelques notions suivantes qui peuvent être d'excellents repères.

Etalon théorique pour 24 heures.

Quantité d'urine par kilogr. d'adulte.		20 c. cub.
Résidu fixe	—	— ... 95 cent. à 1 gramme.
Mat. organiques	—	— ... 64 à 67 centigrammes.
Urée	—	— ... 50 cent.
Mat. minérales	—	— ... 31 à 33 cent.
Phosphates	—	— ... 3 à 4 cent.
Anhydride phosph.	—	— ... 0,025 milligr.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. — Sur les relations du tabes dorsalis et de la paralysie générale avec la syphilis, par le professeur Strümpell, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, n° 41, p. 839.

II. — Sur la maladie de Thomsen, par le professeur Erb, de Heidelberg.

III. — Sur l'atrophie musculaire progressive, par le professeur Eisenlohr, de Hambourg.

IV. — Sur la dystrophie musculaire progressive, par le Dr Schulz, de Hambourg.

V. — Sur la faiblesse nerveuse du cœur (neurasthénie cardiaque), par le Dr Lehr, de Wiesbaden.

VI. — Sur le traitement mécanique des maladies internes, par le Dr Jürgensen, de Tübingue. Communications faites à la 62e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Heidelberg au mois de septembre 1889. (*Neurologisches Centralblatt*, 1889, n° 19.

I. — Dans nne courte communication adressée au Congrès des naturalistes et médecins allemands, qui vient de se tenir

à Heidelberg, M. Strümpell s'est occupé de la question, si controversée, des relations du tabes dorsalis et de la syphilis. Pour M. Strümpell, il est certain que le tabes se développe très souvent à la suite de la syphilis, mais les lésions des centres nerveux, qui sont propres à la première de ces maladies, ne sont pas une expression directe de l'infection syphilitique; elles ne résultent pas de l'imprégnation des éléments nerveux par le virus syphilitique, comme il arrive pour les gommes. La syphilis agirait, suivant M. Strümpell, par voie indirecte; dans le cours de son évolution à la fois si longue et encore si mal connue, elle provoque des troubles des échanges nutritifs et des métamorphoses que subissent les éléments organiques. Les produits de cette désassimilation vicieuse, véritables poisons, engendrent des dégénérescences des fibres et des cellules qui entrent dans la constitution des centres nerveux, en manifestant une certaine électivité pour tel ou tel *système* organique, comme le font la plupart des poisons des centres nerveux. On s'expliquerait ainsi l'inefficacité des médications spécifiques contre le tabes dorsalis d'origine syphilitique, la distribution systématique des lésions spinales, l'impossibilité de trouver les traces de l'infection syphilitique, sous forme de bactéries, au siège des lésions, la coexistence fréquente d'altérations des nerfs périphériques avec les lésions spinales, comme cela se voit dans la plupart des affections des centres nerveux d'origine toxique.

Quant au reste, le tabes dorsalis et la paralysie générale, considérés au point de vue anatomo-pathologique, ne seraient que des localisations différentes d'une seule et même intoxication, celle-ci étant comprise dans le sens qui vient d'être dit.

— Le professeur Schültze, de Bonn, croit à l'intervention de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsalis; celui-ci prend naissance, lorsque dans l'organisme du syphilitique il se fait, à un moment donné, une production continue de « toxines » contre lesquelles le mercure et l'iode se montrent impuissants.

— M. Mendel, tout en attribuant un rôle considérable à la syphilis dans l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, n'admet pas la parenté étroite que M. Strümpell suppose à ces deux maladies.

II. — A l'occasion d'un malade qui a fait l'objet d'une présentation à ce même Congrès, le professeur Erb a commuqué les résultats de ses observations les plus récentes concernant la maladie de Thomsen.

Dans ces derniers temps, M. Erb a observé 5 cas de cette affection, dont 3 chez des sujets de la même famille; dans celle-ci, trois ou quatre générations successives ont déjà payé un tribut à la maladie. Un des deux autres patients est également une victime de l'hérédité familiale. Les cinq sujets réalisent d'une façon exacte la symptomatologie de la maladie de Thomsen. A ce propos, M. Erb a rappelé que dans un opuscule paru en 1886, il avait décrit « sous le nom de réactions myotoniques », certaines manifestations de la maladie de Thomsen, passées inaperçues jusque-là : outre l'exagération de l'excitabilité mécanique des muscles, de leur excitabilité galvanique et faradique, et une modification des caractères des contractions développées par l'application du courant de pile (contractions torpides, toniques), il y a production de contractions rythmiques ondulées, allant du pôle positif au pôle négatif, lorsqu'on galvanise certains muscles sans déplacer les pôles.

Ces réactions myotoniques ont été constatées chez les cinq nouveaux malades observés par Erb. Elles font, d'après lui, partie intégrante du tableau clinique de la maladie de Thomsen, sans qu'il y ait lieu de leur attribuer une valeur diagnostique spéciale.

III. M. Eisenlohr (de Hambourg) a relaté un cas d'atrophie musculaire progressive ; de son vivant le malade réalisait les caractères cliniques de la « forme juvénile » d'Erb, avec cette différence toutefois, que les muscles de la face et les muscles masticateurs participaient légèrement à l'atrophie, et que l'exploration électrique des muscles atrophiés faisait constater les signes de la réaction de dégénérescence dite partielle. Les muscles de la main ont conservé leur fonctionnement normal jusqu'à une période avancée de la maladie. Le patient a été emporté par un accès de suffocation, dû à la paralysie du diaphragme.

L'examen histologique de préparations provenant du tronc, des membres et de la face n'a pas fait découvrir une seule fibre hypertrophiée. Quant au reste, les altérations musculaires étaient identiques à celles qu'on a décrites à propos de cas de myopathies primitives. C'est d'ailleurs à cette grande classe de myopathies que se rattachait le cas de M. Eisenlohr, car l'examen de la moelle, des racines nerveuses et des nerfs musculaires n'a donné que des résultats négatifs.

L'intérêt du cas réside dans cette circonstance que l'observation de M. Eisenlohr peut être considérée comme un nouveau chaînon établissant la transition entre les deux formes d'atrophie musculaire progressive décrites par Erb d'une part (forme juvénile), et, de l'autre, par MM. Landouzy et Dejerine (myopathie progressive atrophique de l'enfance). Elle constitue une nouvelle preuve à l'appui de la théorie qui ne voit dans ces deux formes (et dans les autres variétés de myopathie primitive) que des modalités d'une seule et même maladie, d'une myopathie à la fois primitive et familiale.

M. Eisenlohr a communiqué d'autres observations se rapportant à différentes formes d'atrophie musculaire progressive ; quelques-unes de ces observations concernent des sujets de la même famille et constituent un groupe familial que l'auteur rattache à la « forme neurotique d'atrophie musculaire progressive », telle qu'elle a été caractérisée récemment par Hoffmann. Cette forme neurotique ne serait autre que ce que MM. Charcot et Marie, en France, ont décrit dans un mémoire paru in *Revue de Médecine* (1886).

Seulement, tandis que dans celle-ci, les altérations musculaires débutent par les muscles des pieds et des jambes, pour gagner ensuite les avant-bras et les mains, chez l'un des malades d'Eisenlohr la localisation de l'atrophie musculaire était à la fois telle qu'on la trouve (aux membres supérieurs) dans la forme juvénile d'Erb et (aux membres inférieurs) dans la forme neurotique. Chez ce malade, il existait, en outre, des troubles de la sensibilité qui ne laissaient place à aucun doute, relativement à la participation du système nerveux au processus morbide (névrite chronique progressive).

IV. On avait considéré, à un certain moment, comme un caractère spécifique des myopathies primitives dont il vient d'être question, le fait de se développer presque toujours sous l'influence de l'hérédité familiale.

En d'autres termes, on était porté à croire que ces deux circonstances, atrophie ou dystrophie musculaire survenant chez plusieurs sujets de la même famille, intégrité du système nerveux, étaient en quelque sorte corrélatives. Déjà les faits utilisés par Charcot et Marie pour constituer leur type d'atrophie musculaire paraissaient échapper à cette règle.

Il en est de même de l'observation publiée par M. Schulz, et qui concerne un jeune homme de 15 ans, dont trois autres frè-

res sont affectés de la même maladie. Ces quatre sujets sont nés bien portants, et n'ont présenté rien d'insolite dans leur habitus extérieur, pendant la première enfance. C'est entre cinq et neuf ans qu'ils ont présenté les symptômes d'une affection qui, chez tous les quatre, a évolué de la même façon : Faiblesse croissante des membres supérieurs et des membres inférieurs, avec atrophie musculaire progressive des muscles des bras et des cuisses, troubles de la marche et du mouvement, en rapport avec cette atrophie, etc.

Le malade dont M. Schulz a communiqué l'observation est mort de la tuberculose pulmonaire. L'autopsie a démontré l'existence d'une malformation de la moelle : dans la portion lombaire, à droite, le cordon latéral manquait totalement, à l'exception d'un faible reste de la portion réticulée. En outre, dans le renflement cervical la corne antérieure, à droite, était occupé par un foyer de ramollissement, long de 4 à 5 millimètres. Sur des coupes pratiquées à différents niveaux, on pouvait constater une diminution manifeste du nombre des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, et des changements de forme de ces mêmes cellules.

Je passe sur les altérations musculaires, dont l'auteur a donné une description détaillée, pour ne signaler que ce fait : Les muscles atteints contenaient à la fois des fibres hypertrophiées et des fibres atrophiées.

Pour M. Schulz, les lésions spinales n'étaient pas congénitales ; elles avaient débuté par une myélite et une poliomyélite. Il est à présumer cependant, que la perte de substance, constatée sur le segment lombaire était le fait d'un accident survenu au moment où on avait extrait la moelle du canal rachidien.

V. — La neurasthénie cardiaque, ou faiblesse nerveuse du cœur, se traduit principalement par des palpitations. Celles-ci se présentent avec deux sortes de caractères :

Tantôt le rythme des contractions cardiaques est, en temps ordinaire, régulier ou tout au plus légèrement accéléré (72-84). Le pouls est d'une ampleur moyenne ou un peu exagérée. La sensation subjective des palpitations fait défaut, mais le malade éprouve une sensation de pesanteur et de tension dans la région du cœur; il a le sommeil agité, il est en proie à une prostration générale. Puis, sous l'influence d'une cause futile, d'une cause psychique surtout, le sujet est pris d'une violente attaque de palpitations, accompagnée d'angoisse et d'agitation. Le pouls est plein, tendu, sa fréquence s'élève à 96-100. Souvent aussi les carotides et les petites artères de la périphérie sont agitées par de violentes pulsations. L'attaque dure quelques minutes à peine, laissant à sa suite une grande lassitude.

Les intervalles qui séparent deux attaques consécutives deviennent de plus en plus courts, les contractions du cœur conservent un caractère tumultueux, le malade reste en proie à des sensations continues de tension, de pesanteur, etc, qu'il localise dans la région cardiaque. En même temps, les autres manifestations neurasthéniques vont en s'aggravant ; le sommeil devient surtout de plus en plus mauvais.

Dans une seconde forme, l'accélération du pouls est persistante (92-120). Les contractions cardiaques s'entendent à distance, comme les battements d'une montre. Il n'y a pas d'intermittences, mais seulement de rapides changements de rythme. Quand survient un accès de palpitations, la fréquence du pouls s'élève jusqu'à 130 ; le pouls devient petit, la tension diminue. Il y a également aggravation des troubles nerveux et de l'insomnie. Les sujets pleurent pour le moindre motif, ils sont abattus, sujets au tremblement, au vertige, à la syncope.

La respiration n'est pas influencée par ces palpitations nerveuses. Les deux formes de neurasthénie cardiaque peuvent se transformer l'une dans l'autre. La première forme correspond à la période d'hyperexcitabilité du cœur, la seconde forme, à la période d'épuisement, de paralysation du cœur. A l'appui de cette manière de voir, M. Lehr a produit des tracés graphiques.

Les causes de la neurasthénie cardiaque sont d'ordre toxique (alcool, tabac), réflexe (soucis, excès), ou traumatique. Le sexe masculin et le jeune âge (10-36 ans) prédisposent à cette forme de cardiopathie.

Le pronostic est favorable.

Le traitement devra avoir pour objet, d'abord la suppression de l'élément causal, dans la limite du possible, ensuite la modification de l'état neurasthénique dont les troubles cardiaques ne constituent qu'une manifestation ou une détermination locale. Pour obtenir ce résultat, on s'adressera de préférence aux ressources de l'hydrothérapie.

Contre la première forme de neurasthénie cardiaque on prescrira des demi-bains (20°-30°) de 1 à 5 minutes de durée.

Contre la seconde forme, la forme ataxique, on emploiera les frictions cutanées, les douches en éventail, les douches en pluie sur le dos, les douches en pluie sur tout le corps, d'une durée de 5 à 20 secondes.

La gymnastique et l'électricité ne sont généralement d'aucune utilité ; dans certains cas cependant la galvanisation et mieux encore la franklinisation de la région cardiaque ralentissent des contractions cardiaques.

Les préparations martiales sont indiquées quand il y a complication d'anémie.

IV. — M. Jürgensen a rappelé qu'au professeur Küssmaul revient le grand mérite d'avoir appliqué la thérapeutique mécanique (pompage) au traitement des maladies de l'estomac. Dans ces derniers temps Motschukofsky et Charcot ont inauguré un nouveau traitement mécanique du tabes dorsalis, la suspension, dans l'espoir d'obtenir l'atténuation, voire la cessation durable de certains symptômes.

M. Fürgenseu n'a aucune expérience personnelle de ce nouveau mode de traitement, mais il a vu employer dans un établissement orthopédique d'Augsbourg, un procédé de traitement mécanique du tabes, qui, chez six malades observés par M. Jürgensen, a donné des résultats très satisfaisants. Ce procédé consiste dans l'application d'un corset en toile, qui soumet la colonne vertébrale à une extension continue, douce, mais progressive. Le corset reste appliqué pendant des années. Au besoin, le malade est soumis à la suspension, à l'aide d'un appareil qui prend ses points d'appui sous les bras. Le corset est adapté d'une façon très exacte au tronc ; il est fixé aux aisselles et au bassin, de telle sorte qu'il en résulte un allègement pour la colonne vertébrale. Ce procédé de traitement est mis en pratique, à l'établissement sus-dit, depuis une quinzaine d'années, les résultats ont été :

Diminution des troubles des fonctions de la vessie et du rectum, cessation des douleurs fulgurantes, retour du sommeil, amélioration de la marche, voire, chez un malade, retour du phénomène du genou, et dans l'ensemble, amélioration très franche.

Pour obtenir ces résultats, la cure doit embrasser une durée d'une année au minimum.

M. Küssmaul a cité le cas d'un malade qui a été traité par ce procédé, sans résultat utile.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La méthode antiseptique chez les anciens, par M. A. Anagnostakis, professeur à l'Université d'Athènes, etc.; in-4, Athènes, 1889.

« La méthode *antiseptique* si justement admirée, date de vingt-deux siècles; elle était appliquée par les anciens dans toutes les formes et dans toute la rigueur d'une méthode chirurgicale; la théorie pathologique sur laquelle elle repose est éminemment hippocratique, expliquée à diverses reprises par le père de la médecine dans un traité spécial en termes qui n'ont rien d'équivoque; l'art ne fait que revenir sur ce point à une pratique qu'il avait oubliée dans sa rapide évolution et qui survit dans la chirurgie populaire. »

Ainsi s'exprime le savant professeur d'Athènes et le but de son mémoire est d'établir sur des preuves évidentes et irréfragables que tout ce qui précède est rigoureusement vrai et le lecteur le plus incrédule devra reconnaître qu'il a réussi. Il peut paraître extraordinaire que les médecins qui ont écrit les premiers sur l'antisepsie et les antiseptiques, n'aient point consulté Hippocrate, mais ils donneront pour excuse, que les mots *antisepsie, antiseptiques*, et *asepsie, aseptiques*, ne se trouvent point encore, ni dans les encyclopédies médicales, ni même dans la plupart de nos lexiques médicaux. Quoi qu'il en soit, le professeur Anagnostakis nous rappelle, que dans Hippocrate, le *dessèchement des plaies*, c'est l'antisepsie, et que les *siccatifs* ou *aseptes* sont les antiseptiques. Parmi les moyens antiseptiques recommandés par le père de la médecine, il faut citer le vin (les anciens ne connaissaient pas l'alcool), le sel marin appliqué sur les plaies récentes, tantôt en poudre, tantôt en solution, le goudron, la fleur de cuivre ou sulfate de cuivre, la résine, etc. Notre savant confrère d'Athènes dont l'érudition est connue de tous ceux qui s'occupent de l'histoire de la médecine, a écrit un mémoire des plus intéressants, sa mémoire et sa perspicacité lui ont fourni aisément les textes grecs les plus précis, il n'est pas seulement professeur et praticien de mérite, mais aussi un ami des choses historiques et il est de ceux, nous le croyons sincèrement, qui ne manqueront pas d'encourager et d'appuyer de leur grande notoriété, des travaux tels que ceux que nous signalions récemment, en parlant de l'un de ses compatriotes, le Dr Costomiris, qui est aussi un de ses distingués élèves. Dr A. Dureau.

REVUE DES THÈSES.

Du traitement de l'ozène vrai, par E. Martin. (Th. de Paris, 1889).

L'ozène vrai ou essentiel est une entité morbide qui pour être très tenace n'est pas, comme on a cru cependant pouvoir le dire, absolument incurable. Traité avec persévérance par la galvano-caustique, chimique ou par des applications de cotons iodés il peut rétrocéder et même disparaître. Mais l'emploi d'une médication énergique s'impose ainsi que la nécessité de considérer comme simples adjuvants les injections, les lavages, les insufflations autrefois si communément et si peu avantageusement employés. Faisant une petite incision dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale proprement dite, l'auteur aurait été plus complet en signalant la pratique de Volkmann qui a récemment obtenu des améliorations notables de cette affection au moyen de l'élargissement des fosses nasales, élargissement qu'il provoquait en réséquant une grande partie des cornets.

De la colite chronique, par J. Mercier, (Thèse de Paris, 1888.)

La colite chronique est une affection toute spéciale parfaitement localisée et pouvant affecter la forme sèche ou la forme humide. La première caractérisée par l'apparition dans les selles de mucus concrété sans aspect particulier ou présentant celui de bouchons, de tubes, de pseudo-membranes, guérit d'autant plus rapidement qu'elle est traitée plus près de son début. Abandonnée à elle-même elle ne tarde pas à affecter la forme humide d'une ténacité désespérante. On a dès lors affaire à un catarrhe chronique avec sécrétion muqueuse exagérée et d'abondance constamment variable. Les agents modificateurs et substituteurs offrent peu de prises sur l'affection qui ne pourra disparaître que par le repos de l'intestin obtenu à l'aide de l'hygiène thérapeutique.

Des conditions locales qui masquent le diagnostic de l'étranglement herniaire (tuméfactions, tumeurs pré-herniaires), par J. Payrau (Thèse de Paris, 1888).

Un étranglement herniaire peut être marqué par une de ces tumeurs mollasses, fluctuantes que l'on observe assez souvent à la région du pli de l'aine et dont le point de départ se trouve dans les dépendances de la hernie tel qu'un sac déshabité, un sac kystique, un sac en chapelet, dans les organes de la région comme des ganglions, les vaisseaux ou dans des abcès migrateurs. Le diagnostic doit s'éclairer des antécédents du sujet, du siège précis de la douleur de sa localisation de l'examen attentif des autres causes qui pourraient amener une obstruction intestinale. Et si en fin de compte le doute persiste il faut aller voir à quel obstacle on a affaire et se comporter en un mot comme s'il s'agissait d'un véritable étranglement herniaire.

Documents relatifs a la fièvre jaune, par A. Arragon (Th. de Paris, 1888.)

Des faits par lui observés, des renseignements pris auprès des médecins de la marine, l'auteur conclut que la fièvre jaune actuellement endémique aux Antilles ne l'est pas à la Guyane et qu'à la Guadeloupe elle paraît être dans une période d'hésitation où la moindre imprudence suffit pour amener la permanence d'une infection autochtone. Il s'excuse de n'avoir eu ni la compétence ni l'outillage nécessaires pour s'occuper de la partie bactériologique si étudiée à l'heure actuelle.

Déformation particulière du tronc causée par la sciatique, par S. Texier (Thèse de Paris, 1888).

Des déviations latérales peuvent être la conséquence d'une sciatique. Elle ont ceci de caractéristique qu'elles s'observent toujours du côté opposé au membre atteint de névralgie. On remarque en outre que si le malade s'aide d'une canne comme il la tient constamment du côté sain. Ce signe joint à l'absence des points douloureux de la sciatique permet aisément de faire le diagnostic différentiel des déviations dont nous nous occupons d'avec la coxalgie et plus particulièrement d'avec la coxalgie hystérique. A son aide nous avons pu tout récemment rapporter à une sciatique antérieure une déformation du tronc présentée par un de nos malades qui, traitée par la gymnastique fut suivie d'une amélioration prononcée. Il est à remarquer que de modérés exercices au trapèze tels que la suspension par les mains opérée pendant les longs moments de répit laissés par la névralgie amenèrent un redressement marqué.

Nous reprochons à l'auteur d'avoir insisté dans son excellent travail sur les moyens médicaux à employer contre la

névralgie, pour passer à peu près sous silence ceux qu'il pouvait convenir d'opposer à la déformation.

Ch. Amat.

BULLETIN

Traitement chirurgical des tuberculoses locales. — Traitement chirurgical de la péritonite. — Valeur thérapeutique de la thalline.

Le Congrès de chirurgie qui vient de tenir ses brillantes assises à Paris, avait inscrit à son ordre du jour l'examen des résultats fournis par l'intervention opératoire dans le traitement des tuberculoses locales. Dans cette discussion, à laquelle un grand nombre d'orateurs ont pris part, il est un point qui nous touche de près, nous autres médecins : Savoir l'influence que cette intervention du chirurgien peut exercer sur l'état général de l'opéré. On a pu voir, d'après la diversité des opinions exprimées, que nos confrères sont très divisés sur cette question, comme ils le sont sur bien d'autres points de leur pratique quotidienne. Elle présente pourtant un intérêt majeur puisque, dans un grand nombre de cas, elle peut devenir la source d'une véritable contre-indication, vis-à-vis de toute tentative d'exérèse locale. Un maître éminent, M. Verneuil, a reconnu implicitement cette vérité en exposant la classification des résultats opératoires que donne l'opération. Parmi ces résultats, il en est de *bons*, de *nuls*, ou de *mauvais*. On doit entendre cette dernière expression dans le sens de récidive sur place ou de mort ultérieure de l'opéré. Or, il est certain que cette dernière terminaison est souvent la conséquence de l'influence aggravante exercée par le traumatisme chirurgical, sur l'état général, autrement dit sur la marche des lésions viscérales préexistantes. Dans nombre de cas, celles-ci reçoivent une impulsion plus active, une sorte de *coup de fouet*, cliniquement exprimé par une recrudescence marquée des signes locaux, et par une exacerbation parallèle des phénomènes généraux.

Il y a plus : l'opération peut faire éclater soudainement et mettre au grand jour, pour ainsi dire, les manifestations d'une tuberculisation viscérale restée jusque-là silencieuse et comme telle demeurée méconnue. Les malades sont alors emportés en quelques jours par une infiltration pulmonaire miliaire, ou par une granulo-méningite dont rien, jusqu'à ce moment, ne permettait de prévoir ni l'éclosion, ni l'imminence. Que ce soit par le mécanisme d'une auto-infection créée elle-même par le traumatisme opératoire, ou simplement par suite de l'ébranlement général imprimé à l'organisme, toujours est-il que cette éventualité est assez menaçante pour imposer dorénavant une circonspection particulière aux chirurgiens désireux de ne pas assombrir outre mesure leur statistique personnelle. Telle qu'elle se présente elle constitue un argument très sérieux, sinon contre le principe même de l'intervention, du moins contre l'abus que plusieurs pourraient être tentés d'en faire. Elle impose en tous cas désormais la nécessité d'un examen préalable minutieux et approfondi du malade, comme précaution préliminaire à l'opération elle-même.

Il est encore un autre danger qui est de nature à solliciter la prudence des chirurgiens quand il s'agit de l'exérèse d'un foyer tuberculeux. C'est la menace d'asphyxie par le fait de la chloroformisation. Ce danger n'est pas un vain mot, loin de là, comme en témoignent les nombreux cas de syncope, mortelle ou non mortelle, qui ont été signalés des différents côtés, à la suite de pareilles tentatives, et il reconnaît pour cause première l'altération tuberculeuse des poumons au moment de l'opération. Cette altération est-elle reconnue étendue et avancée, une semblable constatation peut à elle seule arrêter le chirurgien s'il ne veut s'exposer à la plus désagréable des surprises, la mort du malade pendant la période d'anesthésie? Mais il se trouve précisément que le diagnostic de l'infiltration tuberculeuse du poumon est parfois extrêmement difficile; par exemple, dans les cas d'infiltration granuleuse où nul signe local ou général ne vient trahir la présence des lésions tuberculeuses. Cette circonstance, que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, tend à restreindre encore les garanties qu'il peut trouver dans son expérience personnelle de la chloroformisation. En tous cas, elle lui impose une circonspection extrême, dont la mise en pratique sera d'ailleurs tout entière au bénéfice de l'opéré.

On comprendra par ces brèves considérations la valeur des objections qui s'opposent encore à ce que l'intervention chirurgicale devienne la règle univoque pour le traitement des foyers bacillaires locaux. Jusqu'au jour où ces objections auront été définitivement écartées, la thérapeutique conservera son importance prépondérante, à peine amoindrie par la lenteur ou l'incertitude des moyens dont elle dispose. Et nous, médecins, nous pourrons comme par le passé réclamer voix consultative dans une question qui nous appartient encore par tant de côtés.

— Ce n'est pas seulement à propos de la tuberculose que l'on peut remarquer la tendance croissante de la chirurgie moderne à empiéter sur un domaine jadis réservé exclusivement à la médecine. Un autre exemple de cette immixtion nous est fourni par les essais qui ont été récemment tentés en vue de traiter localement la péritonite. Au dernier Congrès, MM. Bouilly, Labbé, Campenon, Routier, etc. sont venus exposer les résultats que ces tentatives avaient produit entre leurs mains. A n'envisager que la signification brute des chiffres, on ne peut dire que tous ces chirurgiens aient eu l'audace également heureuse. Pourtant M. Bouilly signale 6 succès sur 12 opérations ; c'est la statistique la plus fournie. M. Labbé a vu guérir trois malades chez lesquels, il est vrai, la laparotomie avait eu pour point de départ une erreur de diagnostic. M. Campenon a perdu deux opérés, dans des conditions extrêmement défavorables : MM. Routier, Denucé, Brun ont tous obtenu quelques succès. Ces faits sont encore trop isolés, trop peu nombreux, pour autoriser dès à présent une conclusion ferme en faveur de l'opportunité opératoire chez les malades atteints de péritonite aiguë. Néamoins les résultats ont été relativement bons et peuvent déjà suffire à justifier les tentatives ultérieures. L'application rigoureuse des préceptes de l'antisepsie assure d'ailleurs à cette opération, si téméraire en apparence, de grandes chances de succès. L'indication la plus urgente paraît résider ici dans le caractère infectieux de l'inflammation péritonéale. Toute péritonite suppurée, la péritonite septique, puerpérale, etc., nous apparaissent ainsi comme très justiciables de l'intervention chirurgicale. On pourrait également invoquer, à titre d'argument en faveur de celle-ci, l'inefficacité reconnue, ou pour mieux dire l'inanité habituelle des moyens antiphlogistiques empruntés à la pratique médicale.

Notre collaborateur et ami M. le Dr A. Robin soutient depuis longtemps, avec sa compétence achevée, que la connaissance des effets d'un médicament sur les échanges organiques permet de pressentir ses indications thérapeutiques et ses contre-indications; comme exemple à l'appui de cette thèse, il

ciiait l'autre jour, devant l'Académie, l'action produite par l'acide phénique, substance que ses propriétés antiseptiques et antithermiques semblaient désigner comme une sorte de spécifique des maladies infectieuses et en particulier de la fièvre typhoïde. Or, l'acide phénique concourt puissamment à activer le mouvement de désassimilation déjà surexcité par le fait de l'hypercombustion fébrile. Il agit donc dans le même sens que la maladie elle-même, c'est-à-dire aux dépens du malade qui est condamné par cette double influence à une perte de matériaux singulièrement menaçante pour l'avenir de sa convalescence D'après M. A. Robin, la thalline, ce médicament si fort en honneur à l'étranger, mériterait les mêmes reproches que l'acide phénique : il jouerait en plns le rôle d'un poison vis-à-vis des globules rouges, du système nerveux et des tissus riches en soufre et en phosphore. Si l'on veut bien se rappeler, d'autre part, que l'action antiseptique de la thalline est très contestable, tout au moins très accessoire, on admettra sans peine ces conclusions foudées sur des analyses répétées et précises. Et de fait, ce médicament n'a obtenu chez nous qu'une vogue passagère. Cette vogue est destinée à disparaître prochainement, pour faire place à l'oubli mérité qui attend toutes les fausses acquisitions thérapeutiques.

Dr P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

L'Assistance publique en France. — Résumé d'un rapport de M. Monod inséré dans le *Journal officiel*. — En cas de maladie ou d'indigence, il y a tendance aujourd'hui à distribuer le plus possible les secours à domicile, autant que le permettent les ressources du bureau de bienfaisance et l'organisation des secours médicaux. En France, le nombre des bureaux de bienfaisance était, au 31 décembre 1888, de 14,821.

Dans 44 de nos départements fonctionne un service de médecine gratuite en faveur des indigents dans les campagnes. Ces départements ont 18,610 communes, dont 14,026 participaient à ce service en 1887; elles comptaient 624,437 indigents inscrits, sur lesquels 159,868 ont reçu des soins médicaux seulement; et 156,704 des médicaments ou des aliments en plns des soins médicaux; 314,572 malades ont été ainsi soignés. Il leur a été fait 560,823 visites et donné 242,851 consultations; de plus, les médecins du service ont pratiqué chez ces indigents 199,170 vaccinations ou revaccinations. Les ressources ont été de 1,519,131 francs et les dépenses de 1,358,295 francs.

A défaut de ces institutions et de ces services, les malades infirmes ou vieillards qu'il faut hospitaliser trouvent asile; en France, actuellement dans 1,634 établissements hospitaliers, se décomposant comme il suit : 837 hôpitaux-hospices, 361 hôpitaux et 486 hospices. Ils sont administrés par 1,514 commissions administratives. Le nombre des lits dans ces établissements est de 176,223, savoir : 73,868 lits de malades, 55,399 lits d'infirmes, 16,655 lits d'enfants et 24,300 lits pour le personnel.

Le nombre total des journées de malades a été de 16,319,555 pendant l'année 1885, se repartissant ainsi : 8,076,509 hommes, 5,267,680 femmes et 2,975,366 enfants qui ont été traités dans ces établissements a été de 451,789, dont 260,781 hommes, 140,196 femmes et 50,812 enfants. La mortalité sur l'ensemble de ces personnes a été environ de 9 1/2 p. 100. Pour les vieillards, infirmes et incurables, les journées de présence ont été de 17,573,869, réparties comme suit : hommes, 7,486,604; femmes, 8,389,411, enfants, 1,697,854.

Le nombre total des existants et des admis a été pendant cette même année de 65,451, dont 28,189 hommes, 30,105 femmes et 17,157 enfants. La situation financière de ces établissements se résumait ainsi à la même époque : recettes 107,641,430 francs; dépenses, 108,990,555 francs; y compris le département de la Seine.

D'ailleurs les effets de la bienfaisance publique et privée ne cessent pas en faveur de ces établissements; car, de 1878 au 31 octobre 1888, il a été créé en France 99 hospices ou hôpitaux, soit une moyenne de 9 par an.

Corps de santé militaire. — Les étudiants en médecine ou en pharmacie, qui sont admis à réaliser leur année de service dans les conditions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886 (7e direction du ministère de la guerre), seront tous dirigés sur nn corps de troupe, au titre duquel ils pourront être autorisés à remplir, soit dans ce corps, soit dans un hôpital militaire on militarisé, les fonctions dévolues aux médecins ou aux pharmaciens auxiliaires, par le décret du 10 janvier 1884.

Quant aux étudiants en médecine ou en pharmacie qui désireraient partir avant d'avoir atteint l'âge de vingt-quatre ans, et qui ne rempliraient pas les conditions exigées pour être utilisés comme médecins ou pharmaciens auxiliaires, ils seront dirigés sur l'un des corps de troupe appelés à recevoir cette année les conditionnels de la région.

Assistance publique a Paris. — On vient d'inaugurer la première station des voitures d'ambulance pour le transport des contagieux, située rue de Staël, derrière le lycée Buffon. Cette station desservira les VIe, VIIe, XIVe et XVe arrondissements.

Sur les douze voitures commandées, cinq sont prêtes. Elles contiennent un brancard et un siège pour l'infirmière. Celle-ci peut communiquer avec le cocher et lui donner des ordres.

Chaque voiture porte un numéro qui indique sa destination (typhiques, varioleux, diphthériques, etc.). Voitures et chevaux sont désinfectés après chaque opération, il en est de même des cochers et des infirmières.

Des téléphones relieront la station de la rue de Staël à l'hôpital des Enfants-Malades. Quand la station de la rue de Chaligny sera prête, elle sera mise en communication téléphonique avec l'hôpital Trousseau.

Assistance publique a Paris. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 18 novembre 1889.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des secours).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 18 octobre, quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe. — Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

— Le lundi 9 décembre 1889, à midi précis, aura lieu à l'asile Sainte-Anne un concours pour la nomination à dix places d'interne titulaire en médecine.

Le registre d'inscription est ouvert à la Préfecture de la Seine (pavillon de Flore, bureau du personnel) tous les jours, de onze heures à trois heures, du jeudi 7 novembre au samedi 23 novembre inclusivement.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions pour le stage dans les hôpitaux sera ouvert à partir du vendredi, 25 octobre, pour MM. les étudiants pourvus de huit inscriptions.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Roby, aide de physique, est chargé, pendant l'année scolaire 1889-1890, des fonctions d'aide d'histologie, en remplacement de M. Arrivat, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Vieu est maintenu, pour l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions d'aide de physiologie.

Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1889 :

Aide de physique, M. Camichel: aide de chimie, M. Michel aide d'histoire naturelle, M. Augé; aide d'anatomie, M. Lavergne; aide de médecine opératoire, M. Morrel; — en remplacement de MM. Roby, Massal, Zoleski, Mouret et Castagné, dont le temps d'exercice est expiré.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les Maladies de l'esprit (Délire des persécutions, délire des grandeurs, paralysie générale, épilepsie, dégénérescence, délires alcooliques et toxiques, morphinomanie, éthéromanie, absinthisme, chloralisme, etc.), études cliniques et médico-légales, par le docteur G. Pichon, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin adjoint de l'hospice Saint-Anne. Un volume in 8 de 400 pages, 7 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Les malades qui guérissent aux eaux d'Aix-les-Bains et comment ils guérissent, par le docteur Nonard. In-8, 1889, 2 fr. — Librairie Alexandre Maloine, 91, boul. Saint-Germain, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 AU SAMEDI 5 OCTOBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 14. —Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses, 48. — Autres, 9. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë, 36. — Bronchite chronique, 20. — Broncho-pneumonie, 22. — Pneumonie, 49. —Gastro-entérite des enfants : Sein, 16 —Biberon, 58. —Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 19. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 3. —Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 20. — Total : 1012.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA GASTROSTOMIE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE.

Par M. NICAISE, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Je me propose dans ce travail, de montrer les avantages que présente la gastrostomie dans les cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage (1).

Je rapporterai d'abord l'observation d'un malade que j'ai opéré.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage et du cardia. Gastrostomie in extremis. Survie de cinq mois et dix jours. — L..., âgé de 75 ans, teinturier en soie, entré le 10 février 1886, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Ferrand, il passe le 19 mars suivant, dans mon service, salle Malgaigne, n° 4.

Son père est mort à 97 ans, sa mère à 96 ans; une sœur et un frère sont bien portants.

(1) Une partie de ce travail a été communiquée à l'Académie de médecine, le 10 juillet 1888.

Le malade n'a pas fait de maladie antérieure.

Jusque vers septembre 1884, il y a dix-huit mois, il n'avait jamais eu de trouble de la déglutition. Tout d'un coup, il s'est trouvé un jour dans l'impossibilité d'avaler une bouchée de viande, c'était la première de son repas. Depuis ce temps, il n'a jamais pu dégluiir ni viande, ni pain. Pendant dix mois, il put encore avaler des bouillies épaisses, de la viande hachée. Depuis quatre mois, la déglutition n'est plus guère possible que pour les aliments liquides. Cependant, de temps à autre, le malade a pu avaler quelques parcelles de viande finement hachée.

Il est dans un état d'amaigrissement et d'affaiblissement extrêmes, teinte cachectique, il ne peut quitter le lit; il tousse un peu. Pas d'altération pulmonaire appréciable. La miction se fait régulièrement, les urines sont normales.

La déglutition est impossible pour tous les aliments qui ne sont pas absolument liquides, et encore, une grande partie de ces derniers, quoique n'étant pas rejetée immédiatement, n'est pas complètement déglutie. Ils sont conservés dans la dilatation située au-dessus du rétrécissement. C'est ainsi que le malade rend des aliments qui ont été ingérés plusieurs heures et même plusieurs jours auparavant. Ces aliments reviennent à la bouche sans odeur, sans acidité et le malade les crache. Le matin, il rend des quantités considérables d'un liquide visqueux, spumeux et aéré, constitué en partie par l'accumulation de la salive avalée pendant la nuit. Le malade a de longues périodes de constipation. Il n'a jamais eu ni hématémèse, ni mœléna.

Toute l'affection a évolué sans déterminer de douleurs. Il n'y a qu'un amaigrissement rapide par inanition. On ne trouve aucun signe objectif appréciable, *pas de ganglions* dans le creux sus-claviculaire. La *percussion* et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal dans le médiastin. Le cœur se contracte régulièrement, les gros vaisseaux qui en partent sont sains.

20 mars. M. Nicaise fait une tentative de cathétérisme. La sonde pénètre à 33 *centimètres*. Elle se recourbe ensuite dans le cul-de-

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

(*Suite*) (1)

III

Un imprimé moins solennellement in quarto et coûteux que la statistique mais qui procède trop aussi d'une immobile tradition, c'est l'Instruction sur les inspections générales. Tous les ans il en paraît une pour instruire chaque arme ou service; cela fait 600 pages et, en fin de compte, une espèce de Bible qui reproduit avec l'exactitude d'un phonographe les versets de l'an précédent.

Cet écho réglementaire n'a pour le service de santé que 37 pages (Journal militaire officiel 1er semestre 1889, p. 1285) et il faut voir comme l'inspecteur s'agite et se dépense avec une activité juvénile sur ce papier de 37 pages.

(1) Voir les numéros précédents.

Il examine, il s'informe, il s'assure, il recherche, il se fait rendre compte, il porte surtout son attention, il demande, il voit, il note, il tient la main, que ne fait-il pas ?

Dans la pratique à ce qu'on nous écrit de quatre corps d'armée ce « haut fonctionnaire », comme l'appelle l'ordre de la place, est moins convulsif.

Il se promène avec escorte en grande tenue de service devers 4 heures, dans chaque hôpital, et 2 heures dans chaque régiment; cela lui suffit pour examiner, s'informer, s'assurer, rechercher demander, voir, noter et tenir la main.

***

Comme une inspection inopinée toujours menaçante sans de si grandes tenues et sans proclamation de la place, donnerait mieux la note vraie du fonctionnement quotidien, le réel.

Notons cependant dans cet imprimé à répétition un progrès énorme pour qui sait combien la routine est une hydre de Lerne; le directeur Dujardin-Beaumetz a osé de timides renvois à l'année précédente. Il y a quelques paragraphes ou un *sans modification* indique qu'il est inutile de reproduire à perpétuité le texte séculaire.

sac dilaté de l'œsophage, mais ne peut franchir le point rétréci. On essaie de nourrir le malade à l'aide de *lavements nutritifs* de peptones. Mais le *rectum est intolérant* et le malade ne peut garder aucun de ces lavements.

L'alimentation étant ainsi rendue impossible, on proposa au malade la gastrostomie, qu'il accepta.

Le malade pèse 42 kil.

L'opération est faite le 22 *mars*. — Après anesthésie, je fais une incision de la paroi abdominale partant du cartilage de la neuvième côte gauche et se dirigeant vers l'appendice xyphoïde, en restant à 2 centimètres en dedans du rebord des côtes.

Après la division du péritoine, le foie apparaît seul, en le relevant un peu, on voit le côlon transverse.

L'index introduit dans l'abdomen va chercher le lobe de Spiegel et la petite courbure de l'estomac. Celui-ci est petit, rétracté et profondément placé; avec une pince, je l'amène au dehors, puis j'attire une portion un peu plus éloignée du pylore. Deux aiguilles d'acier fixent l'estomac à la paroi abdominale. L'estomac est suturé à cette paroi avec des fils de soie, la peau n'est pas comprise dans les sutures qui sont destinées à être abandonnées dans la plaie.

J'incise avec le bistouri couche par couche les parois du viscère et j'arrive ainsi sur la muqueuse qui a un aspect blanchâtre, j'y fais une petite ouverture, suffisante pour recevoir un tube en caoutchouc rouge du diamètre du n° 20 de la filière Charrière; la muqueuse est suturée à la paroi abdominale, selon le conseil donné par Périer.

Enfin, je fais la suture d'une partie de l'incision de la peau. La plaie est recouverte par un pansement de Lister.

Le 24, 2e jour, enlèvement des deux aiguilles.

Le 27, 5e jour, enlèvement des sutures cutanées et de celles de la muqueuse stomacale.

Le malade fut alimenté dès le jour de l'opération, et son régime fut l'objet d'une grande attention. Les ingestions dans l'estomac se faisaient au moyen d'une seringue, d'abord en petite quantité chaque fois et à intervalles rapprochés, puis en plus grande quantité et à intervalles plus éloignés, de façon que le malade arriva à ne plus prendre d'aliments que cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Le régime consista, d'abord en bouillon, champagne, eau de Vichy, puis en jaunes d'œufs, lait, vin de Bordeaux, peptones, jus de viande, viande hachée, purée de légumes, des panades, du beurre.

Le malade demandait de la glace pour mettre dans sa bouche et aimait à se gargariser avec de l'eau vineuse.

Le septième jour, les forces étaient déjà bien revenues et la sensation de la faim avait reparu.

L'amélioration a continué et le malade a augmenté de 4 kilogr.

J'ajoute ici le détail du régime qui a été suivi.

22 mars. *Glace dans la bouche.*

Toutes *les demi heures*, injection d'une seringue de *champagne* mélangée avec partie égale d'*eau de Vichy* ou de *bouillon*, urine 100 grammes.

La *seringue a une contenance de* 5 *centilitres* seulement, afin de ne pas distendre l'estomac trop brusquement. Température 37,8.

Le 23. Le malade va bien.

Tous les trois quarts d'heure, deux seringues de champagne et eau de Vichy, bouillon, bouillon avec *un jaune d'œuf*. A 5 heures du soir, a pris un litre de bouillon depuis vingt-quatre heures. Alimentation trop fréquente, se plaint d'*embarras d'estomac*, est fatigué. Température 38,4.

L'estomac est laissé au repos pendant douze heures, jusqu'à cinq heures du matin. Le malade met quelques morceaux de glace dans sa bouche.

5 heures: Champagne et eau de Vichy, une seringue.

De 5 à 9 heures. Trois fois du champagne, une fois du bouillon. Urine dans les vingt-quatre heures 525 grammes.

Le 24. Etat général bon. *Soif vive*. Temp. 38°.

Un peu d'irritation autour de la plaie.

Toutes les heures : trois seringues de champagne, eau de Vichy, bouillon, jaune d'œuf.

Rafraîchit sa bouche avec eau rougie. Les urines sont légèrement phéniquées, 475 grammes.

Le 25. Le malade a pris depuis hier matin 10 heures jusqu'à ce matin 8 heures :

Bouillon : 1 litre 32 centil. — Champagne, eau de Vichy, 1 litre 18 centil. — *Lait*, 25 centil. — Total : 2 litres 75 centil.

Toutes les heures, quatre seringues. La nuit, injection toutes les deux heures seulement. Temp. 37,2.

Le 26. Lavement rendu aussitôt.

Jusqu'à 6 heures du soir, le malade a pris régulièrement toutes les heures 16 centil. d'aliments. — *Vin de Bordeaux* et eau 80 centil. — Lait et eau de Vichy 80 centil. — Bouillon, deux jaunes d'œufs, 1 litre 12 centil. De 6 à 10 heures ne prend rien. —Total : 2 lit. 72 cent. Temp. 37,4.

Le 27, a pris : bouillon avec 3 œufs, 2 cuillerées à café de *peptones*, en tout 1 litre 28 centil. — Bordeaux et eau 96 centil. — Lait et Vichy 80 centil. — Total : 3 litres 04 centil.

Urine 875 grammes.

Le 28. La *sensation de la faim* reparaît.

C'est audacieux.

Devers 1894 on pourrait par ces procédés subversifs rayer 35 pages sur 37 de ces instructions si uniformément instructives.

*
**

C'est que chez nous, peuple léger et changeant, il est difficile de changer quelque chose.

Ainsi, pour tout le monde et tous les journaux, ce sont nos distingués et dévoués confrères de la marine qui ont charge d'âmes du service sanitaire du Tonkin, depuis plus d'un an. Eh ! bien, par décision du 22 septembre voici que six médecins-majors terriens sont désignés pour cet Extrême-Orient et ce demi tour du monde.

Nul doute qu'il ne soient flattés tous et chacun de cette expatriation de confiance qui le prédestine à des décorations d'ordre cochinchinois, le Dragon de l'Annam et l'Eléphant du Cambodge. Mais, outre que ces distinctions asiatiques se sont abattues à quelques reprises sur des *globe-trotters* en chambre qui ne connaissent du Tonkin que les paillottes de l'Esplanade des nvalides, et ont substitué à la traversée d'Haiphong celle du dont de la Concorde, on se demande comment doit fonctionner ce service sanitaire mixte à double détente de subordonnés qui ne sont que les subordonnés temporaires de M. Friocourt, le distingué médecin chef.

*
**

Par un vrai changement cette fois-ci on vient de supprimer un cheval sur deux aux médecins-majors d'artillerie et les inspecteurs voire, l'inspecteur général n'ont que deux montures. Je sais bien que cela peut suffire à leurs exercices de manège et qu'il n'y a pas à craindre de surmenage du fait de leur équitation supérieure ; ce sera en général un poste envié par les bêtes de bonne judiciaire et les chevaux d'instinct casanier.

Mais enfin l'assimilation n'est pas un vain mot et, en cherchant bien on pourrait trouver ailleurs des généraux « qui ménagent, qui u'absent pas, qui ne montent pas en casse-cou » et à l'aide de semblables euphémismes, montent « sagement » trois chevaux qui u'ont pas la *raie de misère* mais le teint fleuri et l'embonpoint de gens de bureau.

Par contre on nous écrit de deux corps d'armée qu'on a fait monter à cheval vivement les médecins réservistes et territoriaux

6 *seringues toutes les heures* pendant le jour, la *nuit toutes les trois heures*. Il a pris, bouillon avec quatre œufs, *jus de viande* 100 grammes. En tout : 1 litre 60 centil.

Lait 1 litre 20. — Vin et eau 1 litre = 3 litres 80.

Urine 1,025 grammes.

Le 29. 12 *seringues toutes les deux heures*. La *nuit*, 2 *injections* seulement.

Le malade a pris 4 œufs, 4 cuillerées de peptones, 200 grammes de *viande hachée*, du bouillon, lait 1 lit. 68, vin, eau 96 centil., en tout : 4 lit. 8 centil.

Urine 1,325 grammes. Temp. 37°.

Le 30. A pris 4 œufs, 4 cuillerées peptones, 300 grammes viande rôtie hachée, avec bouillon 1 lit. 50 centil., lait 2 lit. Vin et eau 80 centil., en tout : 4 lit. 30.

Urine 2,000 gr. Temp. 37°.

Le 31. A pris 4 œufs, 5 cuillerées peptones, 400 gr. viande hachée, avec bouillon 1 lit. 60, lait 2 lit., vin et eau 80 centil., total : 4 lit. 40.

Urine 2,500 gr. Temp. 37°.

1er avril. Même alimentation.

Urine 2,500 grammes.

Le malade *pèse* 43 kil.

Le 2. Même régime.

Urine 2,300 grammes.

Le 3. A pris lait 1 l. 40, bouillon 1 l. 60, vin 60 centil., 2 œufs, 3 cuillerées peptones, 300 gr. viande, 150 gr. de purée *pomme de terre*, du *beurre*, total : 3 l. 70.

Urine 2,200 grammes.

Le 8. Même régime en 5 repas :

1er entre 6 et 7 heures matin.
2e à 10 h.
3e — 2 h.
4e — 6 h.
5e — dans la nuit.

Pèse 43 kil., même poids que le 1er avril.

Prétend prendre des pommes de tere *par la bouche* avec du lait.

Les jours suivants, même régime.

Prend par la bouche : potage, pomme de terre, lait, suce de la viande.

Le 10, refuse de prendre des aliments par la bouche.

Le 11, peptones supprimées.

8 mai. 3 lit., 2 œufs, 400 gr. viande rôtie, 500 gr. pommes de terre.

Le 16. En plus, bouillie, pain ou farine.

1er juin. Potage 800 gr., bouillon 500 gr., bouillie 500 gr., viande 400 gr., 2 œufs, pomme de terre 400 gr., Bordeaux 500 gr., vin ordinaire 24 c.

Le 4. A continué à engraisser. Pèse 46 kil.

Pendant le mois de juillet, l'appétit a diminué et le malade refusait parfois sa nourriture; on était obligé d'insister pour la lui faire prendre.

Il s'est affaibli peu à peu et a succombé le 1er septembre 1886, cinq mois et dix jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on n'a rien trouvé dans les poumons et le cœur; les reins sont indemnes.

L'estomac est adhérent au foie. Le cardia et la partie de l'estomac qui l'avoisine sont envahis par une tumeur carcinomateuse.

A la partie supérieure du mésentère, on trouve un ganglion de la grosseur d'une noix qui a subi la dégénérescence carcinomateuse.

A l'observation précédente, j'ajouterai la suivante, dans laquelle la sonde à demeure a été essayée sans succès; la gastrostomie faite trop tardivement n'a pu, malgré l'absence de toute complication opératoire, prolonger la vie du malade; mais par suite d'inobservance du régime prescrit, il est survenu une gastrite qui a hâté la mort en empêchant l'alimentation directe.

Observation. — *Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Sonde à demeure. Gastrostomie.* — M. X..., âgé de 47 ans, vient me demander mes soins en juillet 1888, pour un rétrécissement de l'œsophage.

Le premier symptôme, remarqué par le malade, s'est montré en novembre 1887, et a été une toux assez fréquente; en décembre, la gêne de la déglutition est survenue; en janvier, le malade est devenu aphone; en février, il ne peut déglutir que des liquides, du vin, du bouillon, des œufs. Il a pris comme médicaments, de l'iodure de potassium et de l'arsenic, mais sans résultat.

6 juillet. Le malade est maigre, aphone, il y a une paralysie de la corde vocale gauche (par compression probablement du récurrent), par la palpation du cou, on détermine une douleur à gauche, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire; à droite, on trouve un ganglion sus-claviculaire engorgé. X... rend une certaine quantité de salive. Depuis un mois, il expulse quelques crachats sanguinolents.

La sonde à boule est arrêté à 19 cent.; une bougie olivaire n° 14 de la filière Charrière franchit le rétrécissement; une bougie n° 17 ne passe pas.

Le malade pèse 54 kil., moins ses habits 3 k. 1/2, reste 50 k. 1/2;

---

comme on va le faire non moins vivement en octobre, pour les médecins auxiliaires d'artillerie. C'est très bien vu. Nous sommes heureux de le constater, (malgré des critiques de cœur honnête destinées à l'enlever plus encore) il y a eu enlèvement général vers le mieux.

Il ne manque qu'une bonne loi d'avancement et pour le corps de santé comme pour les autres, une sélection étudiée de cette *tête* qui pour ces corps toujours comme pour les autres est l'organe d'idéation et de victoire, en paix sur la routine en guerre sur l'ennemi.

***

L'Exposition qui finit en pleine santé et meurt bien vivante est une leçon de choses de progrès inoubliable que des occupations variées nous ont empêché de voir et signaler autant qu'il se doit. L'alimentation de conserves, cette dernière cartouche alimentaire, y est fort représentée par le *biscuit* les conserves du capitaine Perret et dans les expositions étrangères une foule de tablettes, carrés, ovales, losanges où toutes les formes géométriques euro-bent comme on dit en pharmacie tous les mélanges de poudre de viande légumes, farine, café, cacao et autres toniques tassés en petit volume espèce de poudre comprimée de l'alimentation.

C'est excellent comme prévoyance. Bon aussi le système axial de Gavoy qui a été, me dit-on, l'objet de rapports favorables de la commission supérieure des chemins de fer et comité technique de santé sans pour cela se voir plus activement placé dans l'axe des wagons de marchandises.

Je sais bien qu'on a beaucoup d'appareils de transports de blessés du regretté colonel Bry, mais il est permis de voir et de découvrir au delà.

C'est ce qu'a fait notre camarade bien qu'il ne soit pas colonel d'artillerie.

Dr Chassagne.

il pesait 80 kil. en novembre 1887, il a donc maigri de 59 livres depuis sept mois.

Bien qu'il s'agisse d'un carcinome à marche rapide et déjà à la période secondaire, considérant que l'amaigrissement devait être attribué surtout à l'inanition, car le malade s'alimentait très peu depuis plusieurs mois, la vigueur paraissant encore assez grande, je proposai une opération, mais elle ne fut pas acceptée. Je décidai alors d'employer la *sonde à demeure*.

Le 7. Le malade est placé dans une maison de santé. Une sonde olivaire n° 17 est introduite; et on injecte dans l'estomac 300 gr. de lait, 2 œufs, des peptones Roger (d'Epernay); la sonde est gardée seulement 3 h. 1/2; deux injections alimentaires ont été faites.

Le 8. La sonde olivaire n° 16 passe, elle est gardée 7 heures; trois injections alimentaires sont faites.

Le cathétérisme de l'œsophage est difficile à certains jours; malgré beaucoup de patience, et mon insistance à faire garder la sonde au malade le plus longtemps possible, il dit qu'il lui est impossible de la garder toujours; il la laisse rarement en place toute la journée, et le plus souvent l'enlève au bout de quelques heures; la présence de la sonde détermine des douleurs et une gêne intolérable; le cathétérisme est plus difficile; l'alimentation devient insuffisante. Le malade demande alors une opération.

La *gastrostomie* est faite le 26 juillet, avec l'assistance de M. Routier et de M. Jacquinot; je suis le procédé employé dans l'observation précédente. La paroi abdominale était très concave dans la région de l'opération, l'estomac était petit et il fut assez difficile à saisir. Au moment de l'ouverture du péritoine, il se produisit un sifflement prolongé dû à la pénétration de l'air dans la cavité péritonéale. La méthode antiseptique fut rigoureusement suivie.

Une épingle à tête de verre qui avait été laissée en place est enlevée le 3e jour; le 31 juillet, 5e jour, j'enlève les sutures de la peau; les suites de l'opération furent simples, pas de réaction locale, ni générale.

L'alimentation directe par l'estomac, faite avec soin, fut bien supportée; mais quelques imprudences furent faites ensuite, l'estomac fut surchargé et irrité.

On ne saurait apporter trop d'attention et d'exactitude dans l'application du régime alimentaire chez ces malades. Dans la première observation, le régime que j'avais adopté, fut rigoureusement exécuté et il n'y eut pas d'irritation de l'estomac; chez ce second malade, il n'en fut pas de même.

L'estomac est devenu intolérant; après l'injection, presque tout ce qui avait été introduit dans l'estomac était rejeté; de plus, il se produisit une hypersécrétion abondante du suc gastrique qui sortait par la fistule mélangée avec une certaine quantité de bile verte et inondait le pansement; la peau autour de la fistule devint rouge, excoriée, les lèvres de l'incision restèrent indemnes, parce que j'avais suturé la muqueuse en dehors; mais l'orifice de la fistule s'était un peu élargi par la présence du tube en caoutchouc.

8 août. Une petite hémorrhagie se produit par la bouche, venant sans doute de la surface du cancer ulcéré maintenant, qui siège à la partie supérieure de l'œsophage; les ganglions cervicaux droits ont augmenté de volume.

En outre, la température s'élève et oscille entre 38° et 39°; des râles bronchiques existent dans les deux côtés de la poitrine et il semble que l'on ait à redouter le développement d'une broncho-pneumonique hypostatique; peut-être aussi des produits de la surface du cancer ont-ils pénétré dans la trachée.

L'état local reste stationnaire, mais le malade s'affaiblit et il veut absolument retourner chez lui; il a succombé quelques jours après.

Remarques. — Je relèverai d'abord dans la première observation l'âge du malade qui avait 75 *ans*, et l'état d'affaiblissement dans lequel il se trouvait au moment de l'opération; il lui était alors impossible de quitter le lit; cet état tenait surtout à l'inanition. Après l'ouverture de l'abdomen, le foie s'est présenté d'abord, puis le côlon transverse; l'estomac, petit, était rétracté sous le diaphragme. Mais il fut facile de le trouver en portant le doigt sur le lobe de Spiegel que l'on sent facilement et de là sur la petite courbure.

Je suturai l'estomac à la paroi abdominale sans comprendre la peau dans les sutures et celles-ci furent des sutures perdues, ce qui n'a présenté aucun inconvénient. L'opération fut faite *en un temps*, et l'estomac ouvert immédiatement ce qui est, je crois, préférable, et doit être une règle quand le malade est très affaibli. Dans un cas que j'ai communiqué à la *Société de chirurgie* en 1885 (1) et où le malade fut opéré, il est vrai à une période avancée de la cachexie cancéreuse, j'avais voulu faire l'opération en deux temps, mais la mort est survenue peu de temps après la première intervention.

D'autres faits démontrent que l'opération en deux temps ne doit être pratiquée que lorsque le malade présente encore assez de résistance et peut s'alimenter.

Mon opéré a survécu cinq mois et dix jours, malgré ses 75 ans. Le diamètre de la fistule n'a pas beaucoup augmenté et les matières stomacales ont eu peu de tendance à sortir; le suc gastrique n'a pas amené, au voisinage de l'orifice, les phénomènes d'irritation et de digestion qui ont été observés dans d'autres cas. De temps en temps on retirait le tube de caoutchouc, simplement serré par une petite pince à pression continue et l'orifice se rétractait un peu; un tampon obturait alors la fistule.

On peut croire que les aliments ont surtout de la tendance à sortir par la fistule, lorsque celle-ci est trop éloignée du pylore et de la petite courbure et est située dans la portion de l'estomac où se brassent surtout les aliments. Il y a là un point qui mérite de fixer l'attention et qui a besoin d'être précisé; mais il semble, dès maintenant, qu'il sera avantageux de s'éloigner du cul-de-sac et de choisir le voisinage du pylore, tout en s'en maintenant à une certaine distance.

Je ne veux pas revenir sur le *régime alimentaire* suivi par mon opéré; je rappellerai seulement que le malade avait pu reprendre une partie de la vie sociale.

Mais je désire surtout insister sur l'*utilité de la gastrostomie* dans le rétrécissement canséreux de l'œsophage.

Le malade atteint de cette affection est voué à la mort, mais celle-ci viendra plus ou moins tôt, selon que l'alimentation aura pu être assurée ou non.

Le cancer de l'œsophage amène la mort, non seulement par sa malignité propre, mais encore par la gêne qu'il apporte à l'alimentation; de sorte que la terminaison se trouve singulièrement hâtée.

L'on remédie en partie au défaut de la déglutition par l'emploi de la *sonde œsophagienne*, mais elle présente elle-même des inconvénients et des dangers.

Les *tentatives de cathétérisme*, le passage répété de la sonde irritent le cancer; l'opération est souvent délicate, douloureuse, mal supportée et les exemples de *fausses routes* ayant amené des complications et la mort sont loin d'être rares; le cathétérisme ne réussit pas non plus chaque fois qu'on veut le faire, l'alimentation est remise alors à un autre moment, et enfin il y a des *rétrécissements infranchissables*.

La *sonde à demeure* a donné de bons résultats dans quelques cas, mais le plus souvent elle ne sera pas supportée et sera toujours très pénible. Le cathétérisme œsophagien était excellent et devait être employé seul avant l'introduction de la mé-

(1) Nicaise. Cancer de l'œsophage et gastrostomie (Semaine méd., 1885, p. 304).

thode antiseptique, mais aujourd'hui il doit céder le pas à la gastrostomie qui donnera au malade une survie beaucoup plus longue.

C'est en 1837, ainsi que l'établit M. le Dr H. Petit dans son *Traité de la gastrostomie* qu'un chirurgien norwégien, le Dr Egeberg, ent le premier l'idée de faire une fistule à l'estomac dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage. En 1846 Sédillot recommande vivement cette opération, qu'il propose d'appeler la *« gastrostomie »*, dénomination qui est restée dans la science ; mais ce n'est qu'en 1849 qu'elle est pratiquée pour la première fois par l'éminent chirurgien de Strasbourg : le malade mourut.

En 1875 seulement, elle réussit pour la première fois dans la main de Sydney Jones, le malade vécut quarante jours.

Le second succès est dû à M. Verneuil; il opéra son malade en juillet 1876 et celui-ci mourut de phthisie en mars 1878. Depuis lors, les faits se sont multipliés, mais l'opération a été faite le plus souvent tardivement, lorsque le malade était épuisé par la cachexie cancéreuse et par l'inanition ; l'opération n'est acceptée que comme une dernière ressource, à mettre en pratique aux approches de la mort. Il en résulte que les statistiques paraissent très défavorables à la gastrostomie, mais on ne peut mettre sur le compte de l'opération les désastres qui sont sous la dépendance de l'état général. Les laparotomies, si fréquentes aujourd'hui, montrent que les opérations sur l'abdomen sont loin de présenter les dangers que l'on redoutait tant autrefois ; on peut donc espérer que la gastrostomie faite dans de meilleures conditions donnera des résultats plus favorables. Sans doute elle restera une opération délicate, mais les procédés opératoires sont maintenant perfectionnés et l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique supprime presque tous les risques de la plaie proprement dite.

Des faits établissent déjà que la gastrostomie réussit dans le *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage*, où elle est devenue pour ainsi dire une *opération de choix*. Pour obtenir de meilleurs résultats dans le traitement du rétrécissement cancéreux, il ne faut donc pas attendre que la cachexie cancéreuse soit venue joindre son influence à celle de l'inanition.

La gastrostomie ne doit donc pas être jugée d'après les statistiques actuelles, elle est moins grave que celles-ci paraissent la faire, de plus il est démontré que par la bouche stomacale, l'alimentation est assurée de telle façon que la nutrition n'en souffre pas. Les faits de MM. Verneuil, Studsgaard et Segond entre autres, sont là pour le démontrer. M. Studsgaard a présenté au Congrès de Copenhague un homme qui était opéré depuis trois ans, pour un rétrécissement cicatriciel et dont la santé était excellente et lui permettait de travailler et de gagner sa vie.

Nous pensons donc que les craintes qu'inspire encore aujourd'hui la gastrostomie, ne sont pas suffisamment fondées et qu'il ne faut pas la juger, ai-je dit déjà, d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen.

En y ayant recours de bonne heure, on verra bientôt les stastistiques se modifier, et prouver qu'elle prolongera davantage la vie des malades que l'emploi de la sonde œsophagienne.

DERMATOLOGIE

Pemphigus aigu généralisé, par le Dr Paul Fabre (de Commentry).

Dans un temps, où la nature des affections bulleuses de la peau est remise en question, où bien des praticiens, et des plus éminents, refusent droit de cité dans la nosologie même an genre pemphigus, il y a presque de la témérité à venir présenter une observation sous le titre pemphigus aigu généralisé. Cette témérité, je la prends à mon compte, d'autant mieux que, jusqu'ici, j'étais, moi aussi, demeuré fort sceptique sur l'existence d'un pemphigus aigu. C'est, qu'en effet, les affections bulleuses du genre de celles que je vais décrire sont tellement rares que l'on est presque en droit d'en nier la réalité, tant qu'on n'en a pas vu soi-même un exemple convaincant.

B. E. est âgé de 19 ans et 9 mois. Né dans le canton de Pionsat (Puy-de-Dôme), il est garçon boulanger, domicilié à Commentry depuis plusieurs années. Il a eu une blennorrhagie sérieuse en juin et juillet dernier.

Le mardi 11 septembre, j'étais appelé auprès de lui pour une éruption qui couvrait presque tout son corps. Je vois des bulles énormes, quelques-unes déchirées ; celles qui sont intactes ressemblent à des grains de raisin blanc qui, coupés par le milieu, auraient été comme accolés sur la surface de la peau. Le tronc, les bras, les avant-bras, les cuisses, les jambes, le cou, la face, en sont couverts. Les mains et les pieds ne sont pas exempts de l'éruption. Au cou, aux plis de l'aine et au périnée, la plupart des bulles étant rompues, on est en présence d'une vraie dermite, avec suintement considérable. Le pouls est à 116. La température s'élève à 39°6, à 3 heures de l'après-midi. On me dit que la fièvre date de l'avant-veille, le 9, jour où elle était bien plus intense qu'aujourd'hui. L'éruption aurait débuté dans la fosse iliaque droite, puis se serait manifestée au-dessous des seins, puis aux aisselles, enfin, au front, et ensuite aux cuisses. Il n'y a plus de traces de blennorrhagie depuis une quinzaine de jours.

Je fais entrer B. E. à l'hôpital.

Le 12, au matin, la température axillaire est à 38°7. Le malade présente des aphtes à la langue qui, paraît-il, se sont déjà montrés à plusieurs reprises la dernière semaine. Je prescris un pansement sur toutes les surfaces couvertes de bulles avec du liniment oléo-calcaire, additionné d'une solution au 20e d'acide phénique.

Une purgation (50 grammes de sulfate de sonde) devait être prise le lendemain matin. Je conseille des tisanes émollientes et diurétiques (chiendent, graine de lin, etc.) On devra saupoudrer de poudre d'amidon les régions où les bulles sont vidées et où la peau est uniformément enflammée (cou, plis de l'aine, bourses, périnée, aisselles). L'odeur que l'on perçoit à l'approche du malade est d'un fade désagréable. Aussi, n'a-t-il pas été couché dans la salle commune.

Le 13, dans l'après-midi: la purgation a amené de nombreuses garde-robes. La fièvre est moindre : 38°7., l'odeur moins repoussante. La peau du cou et des plis de l'aine présente une rougeur moins intense.

Il y a des aphtes à la pointe de la langue. Ces aphtes étaient ulcérés le lendemain et durèrent une dizaine de jours.

L'éruption cutanée alla diminuant promptement, mais les aphtes buccaux se renouvelèrent. Le 20 septembre, j'en constatais à la face interne des joues.

Le 18 octobre, au moment où l'éruption cutanée était très atténuée, je trouvais des ulcérations à gauche de la ligne médiane de la voûte palatine.

Ces ulcérations restèrent apparentes une dizaine de jours. Le 16 octobre, je lui prescris 30 grammes d'huile de ricin, car la constipation est opiniâtre. On continue les pansements secs, spécialement avec du talc de Venise.

Il n'y a presque pas de cuisson, et pas du tout de démangeaison.

B. F. sort de l'hôpital le 22 octobre. La peau est renouvelée. Il ne reste plus que quelques croûtelles, surtout dans le cuir chevelu.

Remarques. — Cet homme ayant pris du copahu et du cubèbe peu de temps avant l'explosion du pemphigus, peut-être serait-on en droit d'incriminer ces médicaments dans l'étiologie de cette éruption? En effet, si le copahu provoque des éruptions simplement érythémateuses, le cubèbe, quoiqu'il n'amène, lui aussi le plus souvent que des manifestations du même genre, papules, gantelet, érythème marginé, le cubèbe, dis-je, peut occasionner des éruptions sécrétantes. Et, le 6 juin dernier, dans une de ces cliniques du jeudi, qui ont été inaugurées depuis quelques mois à l'hôpital Saint-Louis avec tant d'éclat, j'en ai vu présenter un cas remarquable, survenu dans le service de M. Hallopeau, si je ne me trompe; et, à propos de ce cas, M. le professeur Fournier, rappelant les enseignements de M. Ricord et s'appuyant sur quelques faits de sa pratique personnelle, reconnaissait l'influence cubébique, tout en confessant la rareté de pareils accidents.

Quoi qu'il en soit, de la cause de l'éruption chez notre jeune homme, je crois devoir lui conserver le titre de pemphigus. La cause productrice serait-elle le cubèbe, les caractères et la marche de l'éruption répondent trop bien à ce qui est décrit sous le nom de pemphigus pour que l'on puisse hésiter à lui attribuer cette dénomination?

L'influence du cubèbe ne pourrait jouer ici tout au plus qu'un rôle étiologique.

Le pemphigus reste d'ailleurs une affection à l'étude, par ses diverses formes.

Pour ma part, depuis tantôt dix ans, j'ai recueilli des matériaux sur le pemphigus des nouveau-nés, pemphigus qu'on a cru longtemps de nature exclusivement syphilitique et qui me paraît, à mesure que les observations s'accumulent sous mes yeux, être plus souvent de nature cachectique. Mais ceci fera l'objet d'un mémoire spécial.

REVUE DES JOURNAUX

Revue de thérapeutique et de pharmacologie.

I. — Le dithiosalicylate de soude n° 2, par le Dr Lindenhorn *Berliner Klin. Wochenschrift* 1889, n° 23 p. 568.

II. — Recherches sur l'élimination, par la voie stomacale, de la morphine injectée sous la peau, par le Dr Alt, *Ibidem*, p. 560.

III. — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'air chaud, par le Dr Krull. *Ibidem* 1889, n° 41, p. 892.

IV. — Le traitement de la phtisie par l'acide carbonique, par le Dr Weber. *Ibidem*, n° 35.

V. — Influence de l'huile d'olives sur la sécrétion biliaire, par le Dr Rosenberg. *Fortschritte der Medicin* 1889, n° 13, p. 486.

VI. — Action des préparations salicylées sur l'utérus, par le Dr J. Wacker. *Centralblatt für Gynækologie*, n° 39.

VII. — Le menthol contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par le Dr Gottschalk. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 40, p. 878.

I. — Le nom d'acide dithiosalicylique a été donné à deux corps isomères préparés par voie de synthèse, dans une fabrique de produits chimiques d'outre-Rhin. Eu égard à leur constitution chimique, ces corps peuvent être considérés comme résultant de la combinaison de deux atomes de soufre avec deux mollécules d'acide salicylique.

Dans le service du professeur Knoblauch, de Francfort, on a expérimenté le dithiosalicylate de soude n° 2, comme succédané du salicylate de soude. Le nouveau médicament, qui est constitué par une poudre d'un blanc grisâtre, très hygroscopique, très soluble dans l'eau, a été administré par prises de 2 décigrammes, 1 le matin, et 1 ou 2 le soir, dans 4 cas de rhumatisme polyarticulaire, dans un cas de rhumatisme monoarticulaire, et dans 1 cas de rhumatisme blennorrhagique avec irido-choroïdite. Dans les cas de rhumatisme vrai, la fièvre, la douleur et la tuméfaction des jointures se sont dissipées en l'espace de 8 jours au plus dans les cas graves, en l'espace de 2 jours dans les cas bénins. Aucun des malades ne s'est plaint de malaise, ou de bourdonnements d'oreilles, ou d'autres incommodités.

Le malade au rhumatisme blennorrhagique avait été traité infructueusement, pendant douze jours, par le salicylate de soude administré à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes. Il fut ensuite traité par le dithiosalicylate de soude donné à la dose quotidienne de 6 décigrammes en trois prises. Aussitôt la fièvre tomba, et au bout de dix jours, le malade était entièrement débarrassé de son arthrite, il conservait encore son irido-choroïdite.

A la dose quotidienne de 4 décigrammes, le dithiosalicylate de soude n'a pas influencé le mouvement fébrile, chez un phtisique.

M. Lindenhorn, après avoir relaté ces résultats, conclut qu'en tant que médicament antirhumatismal, le dithiosalicylate de soude offre sur le salicylate de soude une double supériorité, qui peut se résumer dans ces mots: Efficacité plus grande, absence d'effets fâcheux du côté de l'estomac.

M. Hüppe a démontré, d'autre part, que l'action parasiticide du dithiosalicylate de soude sur la bactérie charbonneuse, le microbe du choléra, celui de la fièvre typhoïde etc., est supérieure à celle du salicylate de soude.

II. — De ses recherches sur l'élimination, par la voie stomacale, de la morphine injectée sous la peau, M. Alt conclut que:

La morphine injectée par la peau s'élimine réellement par la muqueuse de l'estomac; cette élimination commence déjà 2 minutes et demi après l'injection, elle se continue d'une façon manifeste pendant une demi-heure environ, pour cesser au bout de 50 à 60 minutes. L'effet vomitif de l'injection souscutanée de morphine ne se produit qu'à un moment où cet alcaloïde a déjà été déversé dans l'estomac; on supprime cet effet, par le lavage stomacal. La quantité de morphine qui s'élimine par la muqueuse gastrique est relativement considérable, elle est d'environ la moitié de la quantité de morphine injectée sous la peau. Quand on poursuit parallèlement le lavage de l'estomac et les injections de morphine, il en résulte une atténuation marquée des effets toxiques de cet alcaloïde, et on peut alors l'administrer sans danger à des doses qui seraient mortelles dans les circonstances communes.

L'auteur a eu soin de faire remarquer que ces conclusions sont basées sur des résultats expérimentaux obtenus chez des

chiens; qu'il est vraisemblable toutefois que les choses se passent d'une façon analogue chez l'homme et chez cet animal, ainsi qu'il semble résulter de trois expériences faites chez des sujets de notre espèce.

L'intérêt pratique des résultats annoncés par M. Alt se devine sans effort.

III. — J'ai rendu compte dans ce journal (1888 n° 40, p. 445), des travaux d'un médecin allemand, M. Krull, qui prétendait guérir la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air chaud (43°-46) humide. M. Krull maintient cette assertion, seulement l'expérience l'a conduit à modifier sur un point la technique des inhalations. La température de l'air inhalé n'est plus que de 36°-37°; la durée moyenne des séances d'inhalation est maintenue à 15 minutes. Les séances ne doivent pas être répétées au-delà de une par jour. Dans ces conditions, la guérison de la tuberculose pulmonaire peut être obtenue en un temps relativement court, c'est l'auteur qui l'affirme. A l'appui de ses dires, il a communiqué cinq observations qui ne sont pas toutes absolument probantes, pour qui prend le mot de guérison dans le sens vulgaire du mot.

IV. — La revue citée plus haut comprenait également l'analyse d'un travail de M. Halter, relatif à l'immunité contre la tuberculose, des ouvriers employés dans les fours à chaux. Cette immunité paraît être un fait bien établi. M. Weber pense qu'elle doit être attribuée, non point à la température de l'atmosphère dans laquelle séjournent les ouvriers en question, pendant leur travail, mais à la présence d'une forte proportion d'acide carbonique dans cette atmosphère. Il a rappelé à ce propos, qu'Ebstein explique le développement de la phtisie chez les diabétiques, par une production insuffisante d'acide carbonique dans l'organisme, ce gaz ayant pour attribution de régler et de limiter le dédoublement du glycogène et de l'albumine dans les tissus.

Comme preuves de l'action contrariante que l'acide carbonique est censé exercer sur le développement de la tuberculose, M. Weber invoque le fait de la grossesse, durant laquelle la phtisie pulmonaire est enrayée dans son évolution. Or, pendant la gestation, le sang de la mère est surchargé d'acide carbonique, l'excès de ce gaz lui venant du sang du fœtus. Depuis Traube, on soutient, d'autre part, que les affections cardiaques qui entraînent une hypérémie veineuse confèrent une immunité relative contre la tuberculose. Même fait est admis pour les emphysémateux.

Bref, M. Weber en est venu à expérimenter l'emploi de l'acide carbonique dans le traitement de la tuberculose. La médication a été instituée de la façon suivante: Trois fois par jour, à jeun et avant chacun des deux principaux repas, le malade prenait, d'abord un verre d'eau tenant en suspension 12 gouttes d'acide chlorhydrique, puis la valeur d'une cuillerée à thé de bicarbonate de soude. Dix observations sont citées par l'auteur comme preuves de l'efficacité de cette médication.

V. — Il y a environ un an, M. Chauffard avait entretenu la Société médicale des hôpitaux, des bons résultats qu'on obtient de l'administration interne de l'huile d'olives à hautes doses, dans le traitement des accès de coliques hépatiques. C'est un médecin du Canada, M. Touartre, qui a le premier eu l'idée de ce traitement.

Il était intéressant de savoir comment agit l'huile d'olives dans cette circonstance, si c'est en hâtant l'expulsion des concrétions dont la présence dans les conduits biliaires détermine la crise douloureuse. Or, chez un certain nombre de malades qui avaient été soumis au traitement en question, on a trouvé dans les matières fécales, rendues peu de temps après l'accès de coliques, des concrétions demi-solides, verdâtres, dont la grosseur variait de celle d'une tête d'épingle à celle d'une noix, et qu'à première vue on eut pu prendre pour des calculs biliaires. L'analyse chimique a démontré qu'il n'en était rien. Les expériences que M. Chauffard a faites, sur des chiens, lui ont fourni la preuve que l'huile introduite à hautes doses dans les voies digestives de ces animaux ne remonte jamais dans le cholédoque, qu'elle ne peut dès lors favoriser par contact direct le cheminement des calculs biliaires. En fin de compte, M. Chauffard inclinait à croire que l'huile d'olives calme les coliques hépatiques en activant les contractions de l'intestin et, par voie de propagation, les contractions des conduits biliaires.

D'après les recherches de M. Rosenberg, faites au laboratoire de physiologie de l'institut agronomique de Berlin, les choses se passeraient différemment: sous l'influence de l'huile introduite en quantité un peu considérable dans les voies digestives d'un animal, la sécrétion de la bile augmente dans des proportions notables, en même temps que diminue la consistance du liquide sécrété, deux circonstances qui favorisent l'expulsion des calculs biliaires.

VI. — Dans une série de cas observés par M. Wacker et où le salicylate de soude a été administré à des femmes, comme antirhumatismal ou antithermique, ce médicament a produit des effets abortifs, ou métrorrhagiques, ou antidysménorrhéiques. Ainsi, chez deux femmes qui étaient en état de grossesse, l'une au deuxième et l'autre au quatrième mois, le salicylate de soude, administré à la dose quotidienne de 3 gr., a provoqué l'avortement. Chez une autre femme gravide, parvenue au septième mois de la gestation, l'effet abortif de la médication salicylée a fait défaut.

Chez six femmes en couches, l'administration du salicylate de soude, à la dose susdite, a occasionné des métrorrhagies ou aggravé des pertes de sang déjà existantes, voire que dans un cas, l'hémorrhagie, survenue le cinquième jour après la délivrance, a eu un dénouement fatal.

Chez cinq autres femmes, le salicylate de soude administré immédiatement ou peu de temps après une époque menstruelle, pour calmer des douleurs dysménorrhéiques, a provoqué le retour des règles sans calmer les douleurs.

La médication salicylée a été instituée et continuée pendant un an, dans des cas de dysménorrhée et dans des cas d'aménorrhée. Un résultat favorable a été obtenu dans 60 p. 100 des cas (19 fois sur 33).

M. Wacker constate qu'eu égard à l'action abortive du salicylate de soude — action passée à peu près inaperçue en Allemagne — ses observations concordent avec celles qui ont été publiées en France par MM. Balette, Barth, Bucquoy, Labadie-Lagrave, etc. On ne saurait, ajoute-t-il, mettre sur le compte de la fièvre concomitante, l'interruption de la grossesse, survenue chez deux de ses sujets, car la température interne, chez ces deux malades, n'a pas atteint le degré (40-41°) nécessaire pour que la mort du fœtus et l'avortement s'en suivent.

L'influence délétère du salicylate de soude sur la grossesse doit être attribuée à une action hémorrhagipare exercée sur l'utérus, comparable à celle qu'on observe du côté des yeux et des oreilles et qui est bien connue des médecins auristes et des oculistes.

VII. — Les vomissements incoercibles constituent une com-

plication fâcheuse de la grossesse, qui est souvent une cause directe ou indirecte d'avortement et qui met parfois la vie de la femme en péril. La pathogénie de cette complication est encore mal connue, ses causes sont multiples, M. Gnéniot le rappelait naguère à l'Académie de médecine, et il concluait qu'à un mal qui reconnaît des causes variées, on ne saurait opposer un remède unique. En tête des indications thérapentiques à remplir, dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse, M. Guéniot mentionnait la nécessité d'apaiser l'excitation morbide on anormale de l'utérus, au moyen de la cocaïne entre autres.

La cocaïne est, en effet, un médicament très efficace dans beaucoup de cas, contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Cette efficacité ne se dément presque jamais, au dire de M. Gottschalk, quand on associe à l'administration interne de la cocaïne, le repos absoln et un régime alimentaire approprié. Cependant, entre les mains de ce médecin, la cocaïne a échoué dans un cas très instructif. Il s'agit d'une sage-femme, qui en était à sa troisième grossesse, lorsqu'elle vint pour la première fois en proie à des vomissements incoercibles. Pour arracher cette femme à une mort imminente, il fallut provoquer l'interruption de la grossesse (vers le troisième mois). La cocaïne et d'autres remèdes avaient été employés sans succès. Une nouvelle grossesse fnt l'occasion du retour des vomissements incoercibles et de gastrorrhagies. Les vomissements se produisaient toutes les demi-heures, les gastrorrhagies jusqu'à six fois par jour. Après insuccès de l'administration interne du sous-nitrate de bismuth et de la belladone, de la cocaïne, M. Gottschalk procéda à la dilatation forcée du col. Il obtint une amélioration de très courte durée. Il prescrivit alors du menthol, à prendre à l'intérieur suivant la formule :

Rec. menthol.................. 1 gramme.
à dissoudre dans :
Alcool de vin................. 20 —
Eau distillée................. 150 —
M. Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Après la troisième prise, les vomissements ont cessé. L'usage interne de la solution a été continué pendant quelque temps, à raison de trois cuillerées par jour. La guérison s'est maintenue.

Cette observation ne prouve nullement que le menthol est un remède infaillible contre les vomissements incoercibles de la grossesse; l'auteur s'est plu à le reconnaître.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Un guide médical a l'Exposition de 1889.

Dans cette superbe Exposition universelle de 1889, tout se trouve un peu disséminé, et c'est en somme un immense bazar où l'utilité d'un guide est indispensable.

M. Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* a eu la bonne idée de se faire le cicerone de tous ceux qu'intéressent les choses de la médecine et de la chirurgie. Ne pouvant suffire à la tâche il s'est adjoint des collaborateurs et nous sommes heureux d'avoir, hélas, un peu tard peut-être, la première partie de ce guide médical (1).

Ce n'est pas un catalogue banal, tant s'en faut, que ce livre, la note critique n'en est pas absente, et vient à tout moment réveiller l'attention et l'intérêt de cette promenade au milieu d'une multitude d'objets exposés et disposés de ci, de là, dans les diverses classes d'un si vaste local.

Mais le but principal de M. Marcel Baudouin et de ses collaborateurs n'a été que de guider les visiteurs au milieu de toutes les merveilles que les journaux politiques ont déjà décrites avec enthousiasme. Nous avouons, est-il dit dans la préface, que cette promenade sera un peu fatigante, parfois peut-être ennuyeuse; « mais le cicérone scientifique n'a pas mission d'égayer chemin faisant ceux qui voyagent et regardent autour d'eux pour s'instruire. A leur entrée dans ces immenses galeries où sont accumulées les richesses du monde entier, ils nous sauront gré, nous l'espérons, de les avoir avertis; car, que personne ne l'oublie, les gardiens des sections dont nous aurons à parler sont absolument incapables de leur fournir le moindre renseignement sur la topographie du domaine qu'ils ont à garder. Sans le fil conducteur que nous leur proposons, il leur sera à peu près impossible, à moins de refaire la besogne aride, à laquelle nous nous sommes livré, de savoir où telle ou telle maison a exposé ses produits ou ses inventions récentes. Chaque exposant, n'est-il pas vrai, ayant intérêt à vanter sa marchandise, n'a guère envie, on le conçoit, d'indiquer au visiteur où essaie de le surpasser son concurrent immédiat. »

On entrevoit par là combien la publication de ce livre est utile.

Ajoutons que de nombreuses gravures (269 pour ce premier fascicule) viennent réjouir l'œil du lecteur en éclairant le texte. Disons également que l'on nous promet pour bientôt la dernière partie de cet ouvrage.

P. F.

(1) Volume in-8 de 280 pages. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

BULLETIN

Action physiologique de la thalline. — Traitement du goitre par la teinture d'iode. — Applications pratiques de l'hypnotisme.

Dans notre précédent bulletin, nous avons résumé l'importante communication de notre distingué confrère A. Robin, concernant l'action thérapeutique de ce médicament. Comme on a pu le voir, les conclusions de ce travail étaient négatives sur la question des propriétés antithermiques de ce médicament et tendaient par conséquent à provoquer sa radiation définitive de la liste des remèdes usnels. M. Brouardel est venu ajouter à cette condamnation l'appoint de son autorité incontestée, en faisant connaître à l'Académie le résultat de ses expériences personnelles sur le même sujet. Il s'est préoccupé surtout de l'action toxique de la thalline, action qui se rapproche sensiblement de celle de la kaïrine, substance assez voisine de la première et comme elle gratifiée récemment de propriétés antithermiques très douteuses. Ces deux produits présentent un caractère commun: Tous deux jouissent du pouvoir d'attirer l'hémoglobine qui se transforme sous leur influence en méthémoglobine. Tous deux également se comportent comme de véritables poisons vis-à-vis des globules rouges, ces agents victeurs de l'oxygène dont l'intégrité est une condition vitale, dans toute l'acception du mot, puisqu'elle est indispensable à la production des échanges dont le sang est à la fois l'intermédiaire et le théâtre. Cette action particulière de la thalline est un fait d'une portée extrêmement grave, car il a pour conséquence directe la diminution de la capacité respiratoire du sang qui est liée elle-même directement à l'altération profonde des éléments nobles de ce liquide. C'est par cette

dernière transformation que l'on peut expliquer l'abaissement thermique constaté cliniquement à la suite de l'emploi de la thalline; cet abaissement qui est le résultat immédiat de la destruction de l'hémoglobine, ne représente en réalité qu'un avantage tout à fait illusoire, derrière lequel se dissimule un péril éventuel très redoutable. Donc la thalline n'est qu'un faux antithermique et, comme telle, doit disparaître sans retour de l'arsenal thérapeutique. En acceptant cette condamnation si justement motivée, les médecins français agiront conformément à leur réputation de sagesse et de prudence traditionnelle.

— En matière d'innovations thérapeutiques, il en est parfois d'heureuses, si l'on peut qualifier de ce nom celles qui résistent d'une manière durable au contrôle de l'expérience. Pareille réflexion pourrait s'appliquer à ce nouveau mode de traitement du goitre imaginé autrefois par M. Luton, de Reims, perfectionné ensuite et vulgarisé par M. Duguet qui l'a élevé définitivement à la hauteur d'une méthode d'application courante. Ce mode de traitement vraiment ingénieux a, comme on le sait, pour but l'atrophie progressive et la guérison définitive du goitre: Le moyen, c'est l'injection interstitielle d'une substance irritante, susceptible de provoquer dans la tumeur un travail de formation fibreuse propre à en opérer le retrait progressif (teinture d'iode, arsenic, iodoforme, etc). On doit reconnaître la supériorité de cette méthode qui donne journellement des résultats extrêmement satisfaisants entre les mains de notre collègue de Lariboisière; d'autant qu'elle réunit une innocuité presque absolue à une action rapide et sûre, à une efficacité à peu près constante. La preuve en est si bien faite aujourd'hui, que les chirurgiens ont dû l'adopter, la prendre à leur compte pour ainsi dire, lui donnant ainsi le pas sur les procédés d'ablation sanglante, dont les bénéfices sont trop souvent aléatoires, dont les méfaits, en revanche, sont malheureusement nombreux. Un d'entre eux surtout, le Dr Terrillon, en a fait une application assez large pour être en droit de formuler un jugement; ce jugement est extrêmement favorable, si nous en croyons les réflexions contenues dans un article publié par le Bulletin de thérapeutique et consacré particulièrement à l'exposé du manuel opératoire des injections de teinture d'iode. De même que son collègue de Lariboisière, M. Terrillon a vu le retrait du goitre survenir d'une manière progressive et souvent prompte, à la suite de l'introduction de quelques grammes de teinture d'iode dans la masse de la tumeur. S'il a rencontré des cas de récidive apparente, on pouvait expliquer celle-ci par le nombre insuffisant des injections, et par ce fait qu'une fraction notable de la masse hypertrophiée était restée en dehors de leur sphère d'action: cette fraction dernière intacte subissant ultérieurement les poussées congestives qui caractérisent le goitre pouvait imposer ainsi l'idée d'une récidive, plus apparente en somme que réelle.

De même que pour toutes les méthodes qui confirment à la pratique chirurgicale, il y a ici un *modus faciendi* dont l'observance rigoureuse est une condition indispensable au succès du traitement. M. Terrillon a fait ressortir dans son article cette importance particulière du manuel opératoire. Il a insisté notamment sur la nécessité de se conformer aux règles de l'antisepsie en tant que précaution préventive vis-à-vis de la possibilité d'une suppuration; sur la manière d'introduire l'aiguille de la seringue, sur les précautions à prendre dans le but d'éviter la piqûre d'un des troncs veineux si abondants de la région du cou: sur le choix d'une teinture d'iode parfaitement fraîche et pure, récemment préparée, etc., etc. En pareille matière, il n'y a pas de minime détail qui n'ait sa portée; c'est pour avoir compris cette vérité et pour avoir rendu le manuel opératoire irréprochable que les vulgarisateurs de la méthode ont la satisfaction d'en voir aujourd'hui la supériorité reconnue et le succès assuré.

— On se rappelle l'impression d'étonnement que fit naître il y a quelques mois la communication de M. Luys relative à certains effets de l'hypnotisme. On se rappelle aussi que la Commission instituée pour contrôler ces faits opposa des conclusions à peu près négatives aux assertions de M. Luys, donnant par là même en quelque sorte raison à l'incrédulité publique. Le savant médecin de la Charité n'a pas accepté sa défaite: avec la ténacité d'un esprit convaincu, il a poursuivi des recherches dont les résultats fourniront peut-être encore matière à contestation, mais dont il est impossible de méconnaître la portée considérable et l'extrême intérêt. Ceux qui liront le résumé de ces nouvelles expériences seront séduits comme nous par les applications pratiques qu'elles laissent entrevoir. En produisant par l'action des miroirs rotatifs un état de sommeil prolongé, véritable *sommeil mécanique*, M. Luys est parvenu à modifier favorablement des troubles nerveux divers, invétérés et demeurés jusque-là rebelles à la plupart des médications (insomnie prolongée, fatigue cérébrale, céphalée, vertige, etc.) Les effets du sommeil hypnotique et de la suggestion chez les hystériques étaient déjà connus. M. Luys en a étendu les applications pour le cas particulier et il a pu atténuer et même faire disparaître quelques-uns des phénomènes graves de la grande névrose: paraplégie, hémiplégie, grandes attaques.

Dans un autre ordre d'idées, il a vu des symptômes liés à certaines affections cérébro-médullaires chroniques (tabes, hémorrhagie cérébrale) subir également une modification favorable sous la même influence. En ce qui concerne les affections mentales, M. Luys n'a pas rencontré d'effets aussi probants; pourtant il a constaté des faits aussi encourageants que remarquables. C'est ainsi que chez des morphinomanes invétérés, il a pu obtenir le renoncement volontaire et définitif à l'usage du poison quotidien. Or on sait les difficultés que le médecin rencontre ordinairement à obtenir un tel sacrifice. On voit donc que, de ce côté, il y a tout un champ d'exploration dès à présent ouvert aux chercheurs.

On peut relever encore bien d'autres remarques intéressantes dans le travail de M. Luys: par exemple les essais d'application de l'hypnotisme à la pratique chirurgicale. De fait ces essais ont été suivis fréquemment de succès: L'anesthésie produite par suggestion a pu atteindre un degré suffisant pour permettre d'exercer une opération de courte durée (ouverture d'un abcès, ablation d'une dent), voire même une opération sanglante et douloureuse. On peut croire que ces tentatives deviendront plus nombreuses et plus hardies le jour où nous connaîtrons mieux les limites du champ d'action des propriétés hypnotiques. Elles seront d'autant plus justifiées que la méthode à laquelle M. Luys a attaché son nom offre, entre autres avantages, celui d'une innocuité à peu près absolue.

Dr P. Muselier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère,

Si les avis sont partagés touchant la fréquence des divers modes de contagion tuberculeuse, du moins tout le monde est-il à peu près d'accord sur la nocuité toute particulière des poussières contenant bacilles ou spores.

Aussi les mesures contre leur virulence s'imposent-elles aujourd'hui, notamment dans toutes les stations hantées par les phthisiques.

Dans un travail lu le 2 avril 1889, à la Société médicale de Menton et que j'ai eu l'honneur de communiquer en substance, au Congrès international d'hygiène, sous ce titre :

« Antisepsie préventive de la tuberculose à Menton, moyen certain d'obtenir la généralisation de cette pratique dans les stations fréquentées par les tuberculeux », j'ai formulé les conclusions suivantes *que le Congrès a fait siennes*, en les adoptant intégralement d'abord le 8, dans sa troisième section de bactériologie appliquée à l'hygiène, puis en réunion de toutes les sections, *séance* générale du 10 août dernier.

« 1° Pour les chambres d'hôtels, les appartements ou villas des stations fréquentées par les tuberculeux, le Congrès d'hygiène reconnaît l'*urgence absolue* de l'assainissement vraiment scientifique *des locaux* par la rigoureuse application des méthodes antiseptiques, celui des *matelas*, *couvertures*, *édredons*, *tapis*, etc., etc., par l'étuve à désinfection, par la vapeur sous pression.

2° Il insiste sur la nécessité du contrôle de ces opérations, par un délégué spécial du service d'hygiène dans chaque station.

3° Pour affirmer hautement la nécessité de ces pratiques dans l'esprit de tous ceux auxquels elles incombent, avoir même au besoin raison de résistances ou d'incuries regrettables, *il fait un devoir* à chaque médecin de recommander tout spécialement aux clients qu'ils dirigent vers ces stations *de toujours réclamer la production* d'un certificat d'assainissement *antiseptique et de salubrité* avant de faire choix d'un hôtel, d'un appartement ou d'une villa. »

Visant un intérêt général, la délibération du Congrès vous paraîtra peut-être digne de mériter le tout-puissant appui de la presse médicale. En la circonstance, vouloir c'est pouvoir! J'ose espérer qu'il en sera ainsi et vous prie d'agréer les remerciements anticipés de votre infiniment obligé,

Dr Alméras,
Ancien médecin de l'hôpital d'Etampes, médecin consultant à Menton.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET THÉRAPEUTIQUE

DES ALCOOLS D'INDUSTRIE ET DANGERS QUE PRÉSENTE LEUR EMPLOI.

L'alcoolisme est une plaie sociale. Depuis quelques années surtout les symptômes du mal ont pris chez nous les caractères les plus inquiétants. Non seulement les hommes, mais les femmes, les enfants eux-mêmes en sont atteints. Les maladies mentales qui en sont la conséquence amènent aujourd'hui des accidents, rares autrefois, peut-être même inconnus.

Les alcooliques sont dangereux pour le présent et pour l'avenir, ils entachent leurs descendants quand ils en ont.

L'abus de l'alcool n'est pas la seule cause du développement de l'alcoolisme. La nature de la boisson offerte à la consommation paraît avoir changé en France à la suite des maladies de la vigne. Les alcools d'industrie ont pris une place prépondérante et se sont substitués aux alcools de vins. On en a fait des eaux-de-vie, on les a introduits par le vinage dans les vins, on les a importés de l'étranger sous diverses formes ; il a même fallu compter avec les vins de Hambourg et du nord de l'Allemagne où il n'y a pas d'autres vignobles que des champs de pomme de terre.

Le changement dans la nature du produit consommé a coïncidé avec l'apparition de symptômes morbides nouveaux. On a pu comparer l'ivresse gaie, prompte à venir, prompte à partir de notre ancienne Gaule avec l'ivresse lente, envahissante, progressive, triste et poussant au crime qui caractérise les alcoolisés modernes. L'ivresse n'est jamais bonne, mais elle devient un danger public quand elle amène la dégénérescence de la race.

Pour un grand nombre d'hygiénistes, ce sont les alcools d'industrie qui sont particulièrement coupables parce qu'ils font entrer dans la consommation courante des produits renfermant de véritables poisons. Mais qu'entendon par alcools d'industrie? L'alcool d'industrie résulte de la fermentation artificielle et provoquée des jus sucrés de la betterave, de la dissolution des mélasses et des produits de saccharification des substances farineuses. Les produits fermentés donnent à la distillation ordinaire un flegme, c'est-à-dire un liquide alcoolique plus ou moins infect que l'on soumet à la rectification. Cette rectification permet de séparer les différents alcools qui composent le flegme. Leur degré de volatilité n'étant pas le même, certains alcools passent à la distillation avant les autres. Ils ont le nom générique d'alcools, mais pour les distinguer on ajoute à ce mot un qualificatif particulier : éthylique, propylique, butylique, amylique. La toxicité de ces divers alcools est fort différente. Ainsi MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont démontré qu'il fallait quatre fois moins d'alcool amylique que d'alcool éthylique (c'est-à-dire d'alcool ordinaire) pour tuer dans les mêmes conditions les mêmes animaux. Une première rectification ne suffit pas pour séparer ces divers alcools, parce que chacun des produits séparés a entraîné avec lui une certaine quantité des autres. Il faut rectifier à nouveau l'alcool éthylique que la première rectification a donné et cela plusieurs fois. On conçoit que chacune de ces rectifications est une dépense nouvelle et qu'avec le plus grand degré de pureté du produit augmente très notablement sa valeur commerciale.

Le prix relativement peu élevé de certaines eaux-de-vie ordinaires, absinthes, vermouths, bitters, livrés à la consommation n'est explicable que par la fabrication de ces boissons avec des alcools insuffisamment rectifiés. Il en est de même de certains vins qui ne doivent leur degré alcoolique normal qu'à l'opération du vinage (addition d'alcool d'industrie). On conçoit dès lors comment l'ivresse occasionnée par l'emploi de ces boissons est bien différente et de toute autre nature que celle occasionnée par les eaux-de-vie et vins de bonne qualité et à quelle cause il faut attribuer les accidents dont il est question plus haut.

Les dangers que présente pour l'homme sain, l'usage d'alcool de mauvaise qualité sont bien autrement à redouter pour celui dont les organes sont affaiblis par la maladie. C'est ce qui explique que dans tous les cas où l'alcool est indiqué : maladies consomptives ; affections de poitrine, cancéreuses; convalescences...., les médecins prescrivent à leurs malades, de préférence à l'eau-de-vie d'origine, le plus souvent incertaine, des préparations alcooliques dont le cachet est une garantie de pureté. L'Élixir alimentaire Ducro notamment, doit la faveur dont il jouit auprès des praticiens non pas seulement à ses qualités nutritives, mais aussi à la pureté de l'alcool qui lui sert de véhicule, ce qui permet de la prescrire en toute sécurité.

Il est à souhaiter que des mesures sévères, rigoureuses, soient prises pour que tout alcool éthylique insuffisamment rectifié ne puisse être livré à la consommation sous quelque forme que ce soit.

NOTES ET INFORMATIONS

Les réquisitions médico-légales. — Le vendredi 4 octobre a été rendu le jugement sur l'affaire des médecins de Rodez qui avaient refusé d'obtempérer aux réquisitions du parquet, affaire dont nous avons entretenu les lecteurs de la *Gazette médicale* dans un des derniers numéros (voy. p. 479).

Se basant sur l'article 1 et 27 de la loi du 19 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine; sur l'art. 81 du code civil et 43 et 44 du code d'instruction criminelle prescrivant dans le

cas de certains événements l'intervention et le concours de médecins, chirurgiens ou autres personnes de cet art, ce qui implique l'obligation réciproque pour ces derniers de répondre à la réquisition qui leur est adressée ; sur l'art. 475, parag. 12 du code pénal portant sanction de cette obligation; sur les arrêts de la Cour de cassation en date du 17 juin 1853; du 13 mai 1854, du 18 mai 1855 pour la signification légale à donner au mot *accident* et sur ceux en date du 6 avril 1836, du 20 février 1857 relatifs à la définition du *flagrant délit*; sur l'existence incontestable en l'espèce de ce dernier, puisque présumant un assassinat, la répression d'un crime intéressant la Société devenait impossible faute de constatations médico-légales faites immédiatement.

Le juge de paix a condamné chacun des cinq médecins prévenus à 6 fr. d'amende et solidairement aux dépens.

Dr Ch. AMAT.

NÉCROLOGIE

M. RICORD

Le bon Ricord n'est plus ! disait-on hier dans les couloirs de l'Académie, de la Faculté, dans les salles d'hôpitaux, partout enfin, où l'on se rencontre en causant des incidents de la science médicale. Atteint d'une pneumonie, à la suite d'un voyage qu'il fit, de sa campagne à Paris, il y a quinze jours, pour venir voter le jour des élections générales, il succombait hier mardi à 3 heures du matin.

Né le 10 décembre 1800 à Baltimore de parents français qui avaient quitté Marseille à l'époque de la Révolution pour s'établir en Amérique, Ricord était petit-fils d'un médecin et fils d'un négociant. Il avait deux frères, tous deux médecins comme lui ; l'un, Jean-Baptiste resté en Amérique, l'autre Alexandre venu avec lui à Paris en 1820. Apprenti apothicaire dans une modeste officine, aimait-il à raconter, Philippe Ricord était doué d'une aptitude remarquable pour les sciences naturelles ; il accompagnait souvent son frère Jean-Baptiste dans les excursions de ce dernier dans les diverses régions de l'Amérique, et c'est dans un de ces voyages que les frères Ricord firent la connaissance du célèbre naturaliste Lesueur ; cette rencontre fut le point de départ de la fortune de Philippe Ricord. En effet, Lesueur avait été chargé par le Muséum de rapporter une collection de divers objets d'histoire naturelle, et l'ambassadeur de France Hyde de Neuville, confia à Philippe et à Alexandre Ricord, le soin d'apporter en France cette collection. Ils arrivèrent à Paris, en 1820 et furent chargés tous deux, une fois leur mission remplie, de la garde d'un petit cabinet d'histoire naturelle que possédait Hyde de Neuville ; ils donnent des leçons d'anglais pour augmenter leurs modestes honoraires, font des traductions pour divers savants, enfin Philippe Ricord concourt pour l'externat; puis l'internat et il est nommé au concours de 1822. Successivement interne de Dupuytren, le dernier de Béclard père, celui de Lisfranc, Ricord remporta plusieurs prix de la Faculté et il passa sa thèse de doctorat en 1826. Il alla quelque temps pratiquer la médecine en province, à Olivet près Orléans, où un vieux confrère de mes parents m'a montré bien des fois la petite maison que son vieil ami Ricord habitait, puis il vient concourir à Paris, pour une place de chirurgien des hôpitaux. Il n'est pas nommé et va s'établir à Crouy-sur-Ourcq. près de Meaux, qu'il quitte lors d'un nouveau concours, dont il sort vainqueur. Après avoir fait un cours particulier d'opérations chirurgicales qui attire beaucoup d'élèves, en raison de l'esprit original et de la sympathie qu'inspire le professeur, il est nommé enfin chirurgien de l'hôpital du Midi en 1831, qui comprenait alors tous les services d'hommes et de femmes, l'hôpital Lourcine n'ayant été établi qu'en 1837 : La fortune de M. Ricord est faite ! Il se livre avec ardeur à l'étude des maladies syphilitiques, il les débrouille, il les classe, il devient chef d'Ecole ! et tous les médecins de l'Europe de ce temps-là, qui ont suivi la même voie, ont été ses élèves. Doué d'une activité peu commune, il fait marcher de front ses travaux d'hôpital, il a une grande clientèle, il publie de nombreux ouvrages entr'autres : La *blennorrhagie de la femme* (1834), un mémoire *sur l'emploi de l'onguent* mercuriel dans *le traitement* de l'érysipèle *mémoire couronné par l'Institut* (1836) une, *Monographie du chancre* (1837) un *Traité pratique des maladies vénériennes* 1838, et il n'est pas besoin de rappeler les discussions auxquelles donneront lieu, alors, et bien des fois depuis, les doctrines de l'auteur et la notoriété qui s'attache désormais à lui. Parmi d'autres travaux, disséminés çà et là, qui seront, nous l'espérons, réunis un jour, ainsi que l'auteur le souhaitait récemment encore, il ne faut pas oublier sa *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens* (1851) qui est encore aujourd'hui un fort bel atlas.

Ricord avait concouru pour l'agrégation en 1836, il ne fut pas nommé et ne voulut pas se représenter. Il avait, au dire de tous, les qualités complètes du professeur, et ses cours libres de 1834 à 1836 à l'Ecole pratique, ceux qu'il inaugura dans les jardins de l'hôpital sont restés dans la mémoire de tous ceux qui les ont écoutés. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1850, il l'a présidée en 1868 et s'y montrait fort assidu, toujours affable et gai. Il y a un mois à peine, comme nous lui demandions à son arrivée, comment il se portait, il répondait avec son bon sourire : « Moi, je me porte bien, ce sont mes jambes qui me portent mal. »

Pendant la guerre de 1870, Ricord avait été chargé par la Presse de Paris, de l'organisation des ambulances créées sous le nom de « Ambulances de la Presse, » il se dévoua à cette œuvre, avec une activité et un dévouement patriotique, qui le rendirent encore plus populaire; on le voyait partout, et sur les champs de bataille, autour de Paris, il fit preuve d'un sang-froid et d'une bravoure remarquables qui furent récompensés en 1871, aux acclamations de tous, par la plaque de Grand officier de la Légion d'honneur. Très gai et très spirituel, versifiant à ses heures, il est même l'auteur d'un poème comique, la *Dhuisyade*, composé à l'occasion d'un incendie qui eut lieu à Dhuisy, village voisin de sa résidence, alors qu'il pratiquait près de Meaux. Recherché pour son esprit et sa belle humeur, mondain quoique fort occupé, il était de toutes les fêtes. L'on n'a pas oublié le dernier banquet de l'*Association générale* où l'un de ses plus anciens élèves lui donnait l'accolade au milieu de l'émotion de tous, non plus que la réception brillante faite à l'Hôtel-de-Ville, aux membres du congrès de dermatologie, où une ovation l'attendait. Son appartement de la rue de Tournon qu'il habitait depuis plus de quarante ans, renferme des richesses artistiques. Que de savants, que de riches mondaines, que d'étudiants, que de pauvres, ont gravi cet escalier! C'est que Ricord n'était pas seulement un médecin distingué, un praticien en vogue, un homme spirituel, c'était aussi un homme éminemment bon. On dit qu'il est le médecin le plus décoré de France, c'est bien ; mais il faut ajouter que peu ont été aussi bienfaisants que lui, c'est mieux!

Dr A. DUREAU.

Les obsèques de M. Ricord auront lieu à Saint-Sulpice, samedi, 26 à midi.

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. Par une circulaire récente le Ministre demande les noms des médecins qui seraient désireux d'aller servir comme aide-major au 2e régiment d'infanterie, à Brest.

***

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour un place de médecin des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1890.

***

Hygiène des écoles en Prusse. — Le ministre de l'instruction publique vient de prescrire au personnel enseignant ; d'avoir à faire

prendre des bains froids à leurs élèves au moins une fois par quinze jours, hiver et été, aussi bien aux filles qu'aux garçons.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret en date du 19 octobre 1889, M. Granel, agrégé est nommé, à partir du 1er novembre 1889, professeur de botanique et histoire naturelle médicales à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. Imbert, agrégé, professeur de physique à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé, en outre, à partir du 1er novembre 1889, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de cette ville.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Mode d'emploi des eaux minérales dans le traitement des rhumatismes chroniques, par le docteur E. Duhourcau (de Cauterets). Une brochure in-8 de 32 pages, extrait d'un mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. — Librairie Edouard Privat, 45 rue des Tourneurs, à Toulouse.

Etude clinique sur les fièvres du goitre exophthalmique et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses, par le docteur Henri Bertoye, ex-interne des hopitaux de Lyon et de la clinique d'accouchement de la Faculté. Paris, 1888, gr. in-8 de 125 pages, 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Nouvelles études sur les contractions astigmatiques (croissants de la papille, migraine, migraine ophtalmique), par le Dr G. Martin. Uee brochure in-8 de 68 pages, 2 fr. 50. — Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris.

Psoriasis et arthropathies, par le docteur Ch. Bourdillon. Une brochure in-8 de 256 pages, avec figures hors texte. Prix : 5 fr. — Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 13 AU SAMEDI 19 OCTOBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rongeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses, 49. — Autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33 — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 37. — Gastro-entérite des enfants : Sein, 7 — Biberon, 48. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 35. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 867.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

60e Année. 7e Série. Tome VI   N° 44   2 NOVEMBRE 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA THALLINE. SES CONTRE-INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

ESSAI DE CHIMIE BIOLOGIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

par Albert ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

Travail du laboratoire de M. Albert Robin, à la maison de retraite des Ménages.

I

Dans mes précédentes recherches sur les antipyrétiques (1), j'ai montré que la connaissance de l'action d'un médicament sur la nutrition impliquait d'une manière presque absolue la notion de ses effets thérapeutiques, par conséquent, que l'effet physiologique étant connu, on pouvait pressentir, sinon mathématiquement déterminer, les indications thérapeutiques et les contre indications du médicament étudié.

C'est ainsi qu'à propos de l'antipyrine, j'ai pu déclarer, par exemple, avant tout essai, qu'elle serait un excellent médicament de la polyurie et du diabète.

Le succès de cette méthode m'a engagé à poursuivre des recherches analogues sur le plus grand nombre de médicaments possibles. C'est seulement en agissant ainsi, en faisant une sorte de révision des médicaments connus et en soumettant à ce critérium les agents médicamenteux nouvellement introduits dans la pratique, qu'on arrivera à régulariser leur emploi, sans se perdre dans les tâtonnements du passé. S'il existe une certitude en thérapeutique, cette voie sera au moins l'une de celles où l'on devra s'engager pour y arriver.

Aujourd'hui, j'aborde l'étude de la thalline.

Mes recherches faites en 1885, ont porté sur quatre individus sains et préalablement soumis à un régime d'entretien qui n'a pas varié pendant et après l'administration du médicament. Ces individus étaient au commencement de l'expérience, dans l'état d'équilibre azoté.

Je dois ajouter que je n'ai eu à ma disposition que des vieillards de 61 à 68 ans. Il est vrai que tous les quatre jouissaient de la plus parfaite santé et que l'un d'eux seulement présentait un peu d'induration artérielle.

Les doses employées ont été de 1 à 3 grammes ; toutes les recherches sur les coefficients d'oxydation, l'acide urique, la potasse, les soufres et les phosphores, ont été faites avec la dose de 1 gramme ; les doses plus élevées n'ont été employées que plus rarement et à titre de contrôle.

En raison du court espace qui m'est accordé, je n'entrerai pas dans le détail des expériences et me bornerai à présenter les résultats généraux auxquels elles m'ont conduit.

(1) L'acide phénique et la fièvre typhoïde (*Académie de médecine*, 1884). — L'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications thérapeutiques (*Académie de médecine*, 1887). — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, Paris, 1887.

FEUILLETON

UN MÉMOIRE DE JACQUES DAVIEL.

Nous avons eu l'occasion, à diverses reprises déjà, d'appeler l'attention de nos lecteurs sur la souscription ouverte pour élever un monument à notre savant compatriote, Jacques Daviel, qui peut être considéré comme l'inventeur du procédé d'extraction de la cataracte.

Tout ce qui concerne Daviel a aujourd'hui un grand intérêt d'actualité et c'est à ce titre que nous publions ici plusieurs documents que nous croyons encore inédits.

L'on sait que l'on reprochait à Daviel, d'employer un trop grand nombre d'instruments, aussi les chirurgiens qui se mirent à opérer d'après sa méthode, s'efforcèrent-ils de diminuer leur arsenal chirurgical. L'on peut citer à cette occasion, les instruments de Palucci, de La Faye, Poyet, de De La Haye, de Berranger, etc. Ces deux derniers auteurs, De La Haye était chirurgien de la marine à Rochefort et Béranger ou Berranger, chirurgien oculiste à Bordeaux, avaient adressé en 1756, à l'Académie de chirurgie, deux mémoires qui furent renvoyés à l'examen de Louis. Je n'ai pas encore retrouvé ces documents dans les Archives si intéressantes de cette Académie que je suis entrain de classer ; mais le procès-verbal de la séance de l'Académie du 18 novembre 1756, indique que Louis veut demander des renseignements aux auteurs avant de donner son rapport. Y renonça-t-il? je l'ignore ; ce qui est certain c'est que Daviel qui était associé régnicole de cette compagnie depuis 1740, eut les mémoires entre les mains, puisqu'à la séance suivante, celle du 25 novembre 1756, il lut à l'Académie un compte rendu que nous croyons devoir publier. Ce document intéressera les ophthalmologistes, il est aussi une page d'histoire de la chirurgie. Je crois devoir le publier tel que, me bornant à remplacer les *u* par des *v* et les *o* par des *a*, conformément à l'orthographe moderne. Il est d'ailleurs bien écrit et fait connaître d'une manière très claire la théorie et les procédés de Daviel. Il nous donne enfin des détails sur les objections et les procédés de ses contradicteurs. Ce document a pour titre :

EXAMEN RAISONNÉ

II

ACTION DE LA THALLINE SUR LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE L'URINE.

1° *Quantité.*

La quantité d'urine subit des variations qui sont presque toujours dans le sens de l'abaissement. Une seule fois, sur cinq expériences, elle n'a pas été influencée par le médicament.

	Avant.	Pendant.	Après.
1re expérience, sujet sain....	1150cc	1155cc	1340cc
2e — —	1835	972	2030
3e — —	1520	1310	1450
4e — —	1700	1160	1585
5e — diabétique....	4970	4680	5000

Après la cessation de la thalline, la quantité d'urine a toujours augmenté, et dans trois cas, elle a dépassé le chiffre initial.

2° *Matériaux solides, matières oganiques et matières minérales.*

La densité s'abaisse toujours. Les matériaux solides envisagés en bloc ont diminué dans quatre expériences sur cinq.

	Avant.	Pendant.	Après.	Diminution.
	gr	gr	gr	
1re expérience, sujet sain..	49,78	35,21	48,95	29,2 0/0
2e — —	56,83	36,40	64,32	35,9
3e — —	48,00	49,04	47,59	»
4e — —	51,71	46,00	49,95	12,4
5e — diabétique...	422,94	372,99	403,00	11,8

Après cessation de la thalline, il y a tendance générale à l'augmentation des matériaux solides, mais ceux-ci ne dépassent qu'exceptionnellement leur taux du début. La diminution produite par la thalline sur les matériaux solides envisagés en bloc, paraît porter davantage sur les matériaux organiques qui diminuent de 31, 4 0/0, que sur les matériaux fixes qui ne diminuent que de 25,5.

	Avant.	Pendant.	Après.	
M. O........	27, 51	18, 85	27, 50	31,4 0/0
M. S........	22, 17	16, 36	21, 39	26,5

3° *Azote total et urée. — Coefficient d'oxydation azotée.*

L'azote total s'abaisse singulièrement pendant l'action de la thalline, mais après, il tend à remonter d'une manière assez sensible, tout en restant légèrement inférieur à son taux initial.

	Avant.	Pendant.	Après.
Urée........	11, 36	8, 87	11, 04
Azote totale...	7, 386	5, 365	6, 998

Si l'on compare l'azote de l'urée à l'azote total, pour en déduire, suivant ma méthode, le coefficient d'oxydation des matériaux azotés, on trouve que ce coefficient augmente sensiblement sous l'influence de la thalline pour revenir ensuite aux chiffres du début.

Coefficient d'oxydation azotée.

Avant	72, 6 0/0
Pendant	77, 3
Après	73, 6

Par conséquent, si la thalline diminue l'urée et l'azote total, elle augmente, par contre, le coefficient d'oxydation azotée.

Cette diminution de l'urée paraît à peu près constante; elle a été observée dans toutes mes expériences.

	Avant.	Pendant.	Après.
II	10, 79	8, 39	14, 21
III............	10, 14	9, 39	10, 21
IV............	11, 25	8, 09	9, 33

4° *Acide urique.*

L'acide urique est influencé d'une manière un peu différente. Il diminue, sous l'action de la thalline, mais contrairement à ce qui a lieu pour l'urée, il subit, dès que l'effet de la thalline est épuisé, une très sensible augmentation.

Acide urique.

Avant la thalline	0, 301
Pendant la thalline................	0, 166
Après la thalline	0, 459

Si l'on prend la moyenne de l'acide urique pendant les jours d'administration et pendant ceux qui suivent, on s'aperçoit que cette moyenne est sensiblement égale au chiffre antérieur de l'acide urique.

---

de deux mémoires présentés à l'Académie Royale de chirurgie par MM. de La Haye et Berranger dans lesquels on propose des nouveaux instruments pour perfectionner la méthode d'extraire le cristallin cataracté.

Travailler à la protection d'une science dont l'utilité publique est le premier objet ; employer ses soins à en rendre la pratique aisée et utile, doit paraître une occupation d'autant plus louable qu'elle est nécessaire, lorsque fondé sur des principes incontestables, on aplanit des difficultés sans en faire naître de nouvelles, plus difficiles à vaincre ; lorsqu'enfin favorisé par la pratique, on établit des faits que l'expérience la plus exacte démontre.

Animé de ce zèle auquel cette Académie reconnaît toujours ses membres, je n'ai rien négligé pour prêter à l'extraction de la cataracte ce degré de perfection moins utile peut-être qu'agréable ; quelques personnes m'ont secondé dans ce dessein, mais ces essais m'ont toujours appris à connaître que, simplifier une méthode, c'est-à-dire en diminuer le nombre d'instruments employés pour l'exécuter, en rendre le manuel, et plus prompt et plus brillant, devient un ouvrage dangereux si on en altère l'utile.

Quoique les succès fidèles qui ont suivi le grand nombre d'opérations faites par extraction semblent me rassurer sur la bonté des moyens que j'employe pour la pratiquer, cependant je ne scaurais me reffuser au plaisir que j'ai de voir les efforts qu'on employe pour trouver des moyens nouveaux, plus simples et plus faciles. Je serais pleinement satisfait si je devais me persuader qu'on n'ait pas travaillé en vain ; ce doutte est essentiel et mérite d'être éclaircy, en me prêtant icy aux sages intentions de l'Académie, qui ayant bien voulu me communiquer les mémoires de MM. De La Haye et Berranger, souffre que j'en expose mon sentiment, je dois rendre justice à l'un et à l'autre et j'y réussirai sans doutte, si j'applique avec soin leurs projets aux faits principaux de pratique sans m'écarter des points établis dans leurs mémoires.

Premier article. — Aussitôt que j'eus fixé mes idées sur la possibilité de l'extraction du cristallin cataracté, je déterminai les instruments propres à la mettre en pratique ; personne de vous Messieurs, n'en ignore le nombre et la figure ; selon l'état différent des yeux, leur mobilité plus ou moins grande, j'en multiplie ou j'en diminue le nombre. Pour l'ordinaire on peut les réduire à

Moyenne journalière.

Avant la thalline	0, 301
Pendant et après la thalline	0, 312

La conséquence nécessaire de ce fait, c'est que la thalline diminue l'excrétion de l'acide urique, sans diminuer sa formation.

5° *Acide phosphorique et phosphore incomplètement oxydé. Coefficient d'oxydation phosphorée.*

	Avant.	Pendant.	Après.	Dose employée.
I	0,743	0,788	0, 871	1 gr.
II	1,651	1,408	2, 276	1
III	1, 520	1,834	1,885	2
IV	2, 210	1,566	1, 683	3

L'acide phosphorique a augmenté deux fois et diminué deux fois pendant l'influence de la thalline. Après celle-ci, il augmente trois fois et ne diminue qu'une seule fois.

Le phosphore incomplètement oxydé diminue pour revenir ensuite à son chiffre antérieur.

Phosphore incomplètement oxyde.

Avant	0, 0394
Pendant	0, 0281
Après	0, 0353

Le coefficient d'oxydation phosphorée augmente, au contraire, assez notablement. L'un des sujets en expérience, avait un coefficient anormalement faible de 94,7 0/0; il remonta à 96,5 0/0 pendant la thalline puis retomba ensuite à 95,9 0/0.

6° *Chlorures.*

La thalline les a toujours diminués.

	Avant.	Pendant.	Après.	Diminution.
1re expérience	17, 25	11,27	15,00	34, 6 0/0
2e —	19, 51	10, 42	22.62	46, 6
3e —	15,20	13, 49	15,95	11, 2
4e —	17, 34	11, 48	15,39	33, 7

7° *Acide sulfurique total, conjugue, soufre incomplètement oxydé. — Coefficient des oxydations sulfurées.*

L'acide sulfurique total augmente légèrement pour s'élever plus sensiblement encore après la cessation du médicament.

Avant	1,591
Pendant	1,715
Après	2,187

L'acide sulfurique conjugué commence par diminuer, puis augmente considérablement.

Avant	0,110
Pendant	0,102
Après	0,335

Le soufre incomplètement oxydé ne subit que des variations insignifiantes.

Avant	0,452
Pendant	0,436
Après	0,424

L'acide sulfurique préformé suit les mêmes variations que l'acide sulfurique total.

Avant	1,128
Pendant	1,176
Après	1,128

Le coefficient des oxydations soufrées augmente pendant et après la thalline.

Avant	71,6 0/0
Pendant	74,6
Après	80,7

8° *Potasse.*

Pendant l'action de la thalline, la potasse augmente un peu; puis elle s'élève dans d'assez fortes proportions pendant les deux jours qui suivent la cessation du médicament.

Potasse.

Avant	1,850
Pendant	1,908
Après	2,504

9° *Acide phénique.*

Le phénol urinaire diminue pendant l'effet de la thalline, mais il augmente après.

---

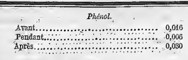
quatre scavoir : une aiguille assez large dont la figure est celle du montant d'une fleur de lys, deux ciseaux courbes convexes, un autre petit instrument pour trancher et déchirer la lame antérieure de la membrane du cristallin et une curette. Suivant les méthodes de MM. De La Faye, De La Haye et Berranger, le même nombre d'instruments est nécessaire, à l'exception des ciseaux. Cet instrument des plus (1) qui a trop inquiété jusqu'ici la plupart des oculistes, n'est point un deffaut dans ma méthode, tant s'en faut, c'est par lui au contraire que j'obvie à tous les inconvénients que fait naître la figure, la grosseur et la mobilité différente des yeux. Inconvénients dont les trois autres espèces d'instruments ne peuvent point le garantir. Dans l'usage des ciseaux l'opérateur agit toujours de la main droite (avantage très essentiel) celle cy toujours solidement appuyée, et jamais suspendüe lui laisse la liberté de diviser la cornée avec exactitude et d'assurer les coups. L'usage n'en est pas familier à tous ceux qui essayent de s'en servir (j'en conviens) mais l'extraction elle-même n'est propre à abandonner que dans des mains habiles, et expérimentées, c'est là surtout la pierre de touche où l'on peut les reconnaître. Avec des ciseaux, la cornée divisée lentement rend l'opération moins prompte (peut-être) mais que servent ces faibles et agréables avantages, lorsqu'il faut les acheter aux dépens d'un bien réel.

M. Berranger pour faire valoir l'instrument qu'il propose aujourd'huy a du sans doutte détruire ceux que l'on a employés jusqu'à présent : l'usage des ciseaux, à son gré, est pernicieux... L'instrument de M. De La Faye est susceptible de grands inconvénients et celui de M. De La Haye, non seulement ne convient point à la figure de la partie mais même il est fort dangereux.

Voilà une décision qui paraîtrait sans réplique s'il avait : 1° examiné d'un œil praticien, les deffauts qu'il adjuge aux ciseaux; 2° si dans l'usage qu'il avoue avoir fait de l'instrument de M. De La Faye, il avait essuyé les mêmes malheurs dont il le croit susceptible; 3° enfin si son instrument ne partageait à peu près les mêmes inconvénients qu'il reconnaît légitimement dans celui de M. De La Haye.

Il ne peut deffendre le premier point sans avouer son peu de dextérité. Le deuxième offre une preuve qu'il n'a presque jamais

(1) Il manque ici un mot dans le ms, le mot *simple* ou *utile*, sans doute.



Phénol.	
Avant..........................	0,016
Pendant.......................	0,006
Après..........................	0,030

III

RÉSUMÉ DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA THALLINE.

La thalline diminue la désassimilation totale, mais elle influence la désassimilation des matières organiques plus que celle des matières inorganiques de l'organisme.

Elle abaisse particulièrement la désassimilation des matières albuminoïdes.

Mais les oxydations azotées paraissent sensiblement accrues pendant son administration ; elle abaisse donc plus la désassimilation qu'elle ne retarde l'oxydation des matériaux désassimilés.

Elle diminue l'excrétion de l'acide urique, sans diminuer sa formation.

Comme le rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total augmente de par la thalline (avant : 10 0/0 — pendant : 14,5 0/0 — après : 12,4 0/0), il en résulte que celle-ci, tout en retardant la désassimilation générale, augmente la destruction des organes riches en phosphore (globules rouges, système nerveux).

D'autre part, elle active l'oxydation des principes phosphorés de la désassimilation.

La thalline active aussi la désassimilation des organes riches en soufre, et cette influence persiste encore après la cessation du médicament, contrairement à ce qui arrive pour les tissus phosphorés dont la désassimilation n'est augmentée que pendant l'administration de la thalline.

L'oxydation des matériaux sulfurés de la désassimilation subit aussi une augmentation qui s'accroît encore, quand on cesse le médicament.

L'augmentation de la potasse paraît en rapport avec une augmentation de la destruction des globules rouges du sang.

La diminution du phénol et le léger abaissement de l'acide sulfurique conjugué indiquent une action retardatrice minime sur les fermentations intestinales. Cette action est insignifiante et elle est, de plus, très fugace. Il semblerait même que ces fermentations prennent une plus grande activité après la cessation de la thalline.

La conclusion physiologique de cette étude peut donc être résumée ainsi :

1° La thalline est un poison du système nerveux, des globules rouges du sang, et en général des tissus organiques riches en soufre et en phosphore ;

2° Son action antiseptique intraorganique est insignifiante et passagère.

IV

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

1° Les propriétés antipyrétiques de la thalline, ne pouvant pas dépendre de son action antiseptique, sont vraisemblablement liées à ses effets toxiques sur les globules rouges du sang et sur le système nerveux. Par conséquent, la thalline doit être proscrite du traitement des *fièvres*, puisqu'elle est un faux et dangereux antipyrétique ;

2° La propriété de retarder l'élimination de l'acide urique sans diminuer sa formation, interdit de l'employer dans l'immense groupe des affections dites uricémiques, particulièrement chez le plus grand nombre des *arthritiques* et dans la plupart des *néphrites*.

3° Son emploi prolongé doit fatalement conduire à l'*anémie* et provoquer à la longue une *déchéance nerveuse* plus ou moins accentuée.

4° Donc, l'étude des effets de la thalline sur la nutrition ne laisse guère pressentir que des *contre indications* à son usage en thérapeutique.

NEUROPATHOLOGIE

DES TROUBLES MOTEURS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par MM. Georges LEMOINE, professeur à la Faculté de Lille, et J. LECORDONNIER.

I

Quand on examine attentivement les paralytiques généraux aux différentes périodes de leur maladie, on est surpris de voir que chez eux le désordre des mouvements est bien plus marqué que la paralysie. En étudiant séparément les divers mouvements qu'on leur fait exécuter, on reconnaît sans peine qu'ils se font irrégulièrement, par saccades, d'une façon im-

---

réussi dans la méthode d'extraire le cristallin avec l'instrument de M. De La Faye, le troisième est la condamnation de sa méthode.

Suivons-le maintenant pas à pas dans le premier article de son mémoire et commençant par répondre à ses objections contre l'utilité des ciseaux, je ne tarderai pas Messieurs, à vous démontrer qu'il manque en plusieurs endroits de fidélité, de précision et de pratique.

Je ne sçai dans quelle vue M. Berranger veut aujourd'huy m'enlever de nouveau mes droits, sur l'extraction de la cataracte lorsqu'il a publié déjà dans un journal périodique, *qu'il renonçait désormais à ses prétentions sur cette nouvelle méthode*. Il quitte et reprend les mêmes prétentions avec une égale facilité, mais pour les reprendre, devait-il choisir une Académie sous les yeux de laquelle ma méthode a vu le jour, dont ses propres mains m'ont désigné l'auteur et aux sages conseils de laquelle, enfin je dois et son accroissement et sa perfection. Mes droits sur ce point sont les siens, avec confiance, je les lui abbandonne, elle est trop juste pour souffrir qu'on ose impunément me les enlever.

Laissons un instant M. Berranger jouir de cette idée agréable qui lui laisse partager en seul l'honneur d'avoir inventé l'extraction, pour connaître les instruments qu'il employa d'abord.

Il avoue de s'être servi en commençant des ciseaux, *mais cette méthode* (dit cet oculiste) *est exposée à de fâcheux inconvénients, malheureusement inévitables*. Cet aveu trop sincère est une preuve irrévocable comme il n'a jamais réussi à extraire le cataracte, jusqu'au temps que l'instrument de M. De La Faye a paru.

M. Berranger avait conçu avant moi l'extraction possible, cependant jamais il n'a pu trouver par lui-même des moyens suffisants pour l'exécuter, cela doit paraître difficile à concevoir et je ne comprends point en quoi pouvait consister son intention.

Le nombre d'accidents dont M. Berranger reconnaît les ciseaux susceptibles pourrait me faire doutter de ma prévention pour eux si 450 expériences ne suffisaient pas pour le légitimer, un succès presque égal à ce nombre d'opérations, me paraît la plus parfaite apologie que l'on puisse faire des ciseaux ; par eux j'ai pu réussir : ce fait est pleinement connu de vous, Messieurs, pourquoi M. Berranger n'a-t-il pu faire de même.

(A suivre.)

pulsive et avec hésitation s'ils sont étendus. Il semble que le sujet, ayant conscience de sa maladresse, concentre toute son attention sur l'acte qu'il fait et l'exécute avec brusquerie, dans la crainte justifiée de ne pouvoir le mener à bonne fin quelques secondes plus tard.

Et cependant, ce malade semble également être un paralytique, et, à ne considérer que son facies et son habitus extérieur, on s'explique le nom donné à sa maladie. Le paralytique général à la période d'état présente un visage sans expression dont les traits relâchés et tombants s'animent rarement sous l'influence des émotions morales ; il a pris un masque particulier exprimant l'anéantissement et presque l'hébétude et dont l'immobilité physique ne correspond nullement à de l'atonie psychique.

A ce degré de sa maladie, le paralytique n'aime pas à se mouvoir, non qu'il y ait chez lui une tendance à la stupeur, mais parce qu'il a une conscience vague de la difficulté qu'il éprouve à marcher. Il aime à rester des heures entières assis, parlant souvent avec volubité, voyageant par la pensée, très exubérant par son délire mais peu par ses actes. Quand il marche, il traîne les jambes, pose lourdement le talon sur le sol et l'en détache avec peine. Cette démarche très particulière rappelle davantage celle de l'ataxique que celle d'un hémiplégique en voie de guérison ou de tout autre paralytique. Il y a paralysie du mouvement peut-être, mais à un faible degré ; ce qui domine c'est l'incoordination musculaire.

Les mouvements des mains et des bras présentent la même maladresse que ceux des membres inférieurs. Quand le paralytique vous serre la main, il tâtonne d'abord avant de commencer le mouvement qu'il veut faire, puis en une ou deux saccades presque impulsives, il saisit la main qu'on lui présente et s'y cramponne d'autant plus fortement qu'on veut lui faire lâcher prise. On sent alors trembler et s'agiter convulsivement tous les muscles qu'il fait entrer en jeu ; on constate une incoordination musculaire minuscule dans laquelle chaque faisceau et même chaque fibre travaille pour son propre compte sans régler sa contraction sur celle des éléments voisins. C'est pour cela que la force du malade paraît très diminuée au dynamomètre ; il fait en apparence tous les efforts nécessaires pour exercer une forte pression sur l'instrument, mais en réalité les muscles qu'il emploie échappent à sa volonté ; loin de se contracter avec synergie, ils se contractent les uns après les autres et même contrarient leurs efforts en développant des forces antagonistes. Si l'on ne considère que le résultat obtenu, il y a paralysie ; mais si l'on étudie la façon dont il est amené, il y a ataxie.

Les mêmes remarques peuvent être faites pour tous les mouvements exécutés par eux, et nous espérons démontrer plus loin qu'ils sont tous troublés par l'incoordination musculaire spéciale que nous venons de signaler. Les muscles mêmes qui paraissent relâchés par paralysie, comme ceux du visage, peuvent devenir le siège de mouvements ataxiques : il suffit de faire parler le malade pour voir aussitôt les muscles, qui participent à la phonation, agités par des soubresauts fibrillaires, irréguliers dans leur direction comme dans leur intensité, véritables spasmes produits par des alternatives de contraction et de relâchement des fibres, et qui contribuent à retarder l'émission du son et à produire le bredouillement.

Ce qui éloigne encore l'idée d'une paralysie chez ces malades c'est qu'ils conservent leurs forces presque jusqu'à la mort ; alors même qu'ils sont couchés sur leur lit, ne pouvant plus se lever, incapables de faire un mouvement étendu, ne pouvant pas parler distinctement, on peut constater chez eux une très grande énergie musculaire. Si, par exemple, on veut plier ou étendre leurs bras, ils résistent instinctivement et développent une force contre laquelle on lutte avec peine. Incapable de remuer, ou du moins de faire un mouvement volontaire nécessitant la mise en action de plusieurs groupes musculaires, ils exécutent certains mouvements réflexes avec une énergie qui démontre de la façon la plus nette qu'ils ne sont pas des paralytiques.

Mais ce qui les a fait considérer si longtemps comme tels, c'est que l'ataxie dont ils sont atteints diffère sous beaucoup de rapports de celle des tabétiques. L'ataxie chez ces derniers porte sur l'ensemble des mouvements ; quand ils marchent, la jambe, en se détachant du sol, est agitée par une série de secousses désordonnées, mais étendues. Lorsque les membres supérieurs veulent agir, la direction de leurs mouvements est changée par l'ataxie ; ils n'atteignent leur but qu'après une série d'oscillations que l'on peut comparer à celles de la sclérose en plaques. En un mot, le tabétique présente de l'ataxie du geste ; plus le mouvement qu'il fait est étendu, plus il a de chances d'être détourné de son but par l'incoordination motrice ; ce sont des groupes de muscles qui entrent en jeu les uns contre les autres, et il y a ataxie parce que tel ou tel groupe musculaire se contracte alors qu'il devrait se relâcher et inversement.

Dans la paralysie générale, l'incoordination motrice reconnaît une origine différente : elle est due à des contractions irrégulières, non pas de groupes musculaires, mais de faisceaux musculaires isolés. Dans ce cas, tous les faisceaux de chaque muscle n'obéissent pas également vite au commandement qui est donné ; ils se contractent et se relâchent les uns après les autres, la période tonique de la contraction étant très courte, de telle sorte que les forces développées se contrarient et finissent par se perdre. C'est ce qui résulte de l'examen des tracés myographiques pris par Chambard sur des paralytiques généraux, et c'est ce que l'on peut voir très facilement en étudiant les mouvements exécutés par des muscles très superficiels, ceux de l'avant-bras par exemple. En saisissant entre les doigts un de ces muscles pendant qu'il agit, on sent facilement la production de contractions dissociées et nullement synergiques des divers faisceaux qui le composent. Ce phénomène devient d'autant plus perceptible que l'on fait contracter le muscle pendant plus longtemps, car la fatigue finit par amener une véritable danse des faisceaux musculaires et les secousses irrégulières sont si marquées qu'elles deviennent perceptibles à l'œil. On peut, selon nous, considérer l'ataxie de la paralysie générale comme étant le résultat d'un manque de synergie dans les contractions exécutées par les différents faisceaux de chaque muscle et les différentes fibres de chaque faisceau. Elle diffère donc essentiellement de l'ataxie du tabes où ce sont les groupes musculaires qui ne fonctionnent plus régulièrement.

II

Il est bon de faire remarquer que lorsque nous disons ataxie nous ne disons pas tabes, et que nous avons en vue le symptôme incoordination et non pas la maladie systématisée. Ce n'est pas qu'il n'y ait de grands rapprochements à faire entre la paralysie générale et le tabes dorsalis ; dans bien des cas, il y a dans la paralysie de l'ataxie locomotrice vraie, et le plus souvent la première n'est que la conséquence de l'extension de la seconde. Mais ces cas prêtent à discussion et nous y reviendrons plus loin.

Il y a longtemps que l'incoordination que nous venons d'es-

quisser a été signalée chez les paralytiques. Bouillaud, en se basant sur ses observations personnelles et sur les faits rapportés par Calmeil dit : « En explorant les mouvements tandis que l'individu repose sur le lit, on voit qu'il a la possibilité de soulever les jambes et les cuisses et de les porter en différents sens. » Et en note, l'éminent clinicien fait la remarque que ces membres ne sont pas, à proprement parler, paralysés ni privés de leurs mouvements.

Lunier, en étudiant le tremblement vermiculaire de ces malades, avait constaté l'existence de l'incoordination fibrillaire, mais sans se rendre compte de son importance. Quand, dit-il, on fait appliquer à plat sur une table le bras de certains paralytiques et qu'on examine avec soins les extenseurs des doigts, on reconnaît que ces muscles sont agités de contractions presque imperceptibles qui marchent de leur point d'insertion fixe à leur point d'insertion mobile, les tendons eux-mêmes sont parfois sujets à ces légères contractions, bien différentes des soubresauts.

Foville et Magnan, dans une discussion à la société médico-psychologique, après avoir insisté sur l'existence de phénomènes ataxiques, ou pour mieux dire tabétiques, se montrent assez disposés à les rattacher à la présence de lésions médullaires atteignant les régions où siègent d'ordinaire celles du tabes. Ce serait donc dans la variété qu'on appelle paralysie générale spinale que l'incoordination serait la plus marquée. Foville considère la paralysie générale comme une maladie susceptible d'affecter le système nerveux dans toutes ses parties, encéphale, moelle et grand sympathique, et de produire des troubles dans l'intelligence, la sensibilité, la motilité et la nutrition, troubles qui, suivant les cas, se montrent soit simultanément, soit alternativement, sans qu'il y ait entre eux un rapport de subordination réciproque. Cette dernière assertion est certainement exacte; mais nous pensons que les troubles ataxiques se rencontrant chez tous les paralytiques généraux, il faut admettre ou bien que chez tous il y a des lésions médullaires, ce qui n'est pas prouvé, ou bien qu'ils sont sous la dépendance du processus encéphalique.

Wunderlich, Skae, Jaccoud ont signalé çà et là dans leurs ouvrages les troubles de la coordination. Grasset, d'après eux et d'après Magnan, décrit ces troubles musculaires en faisant bien remarquer qu'ils constituent une sorte d'ataxie qui n'est pas l'ataxie locomotrice vraie. Ce n'est pas de la paralysie vraie; dit-il, car ces malades dans un moment d'excitation déploient une force extraordinaire. Allongé dans son lit, le sujet exécute tous les mouvements qu'il veut avec un peu de lenteur et de roideur, mais il n'est évidemment pas paralysé. C'est pour cette raison que Lunier avait proposé de substituer le nom d'ataxie psycho-motrice à celui de paralysie générale.

Schüle attribue les troubles de la coordination à une lésion anatomique et pense qu'ils sont le résultat de l'énergie exagérée de quelques muscles ou de groupes et associations musculaires dans le but de réagir et de compenser. Il n'a pas vu que les troubles ataxiques persistaient pendant toute la durée de la maladie ; il croit, au contraire, que la paralysie leur succède, et que c'est à cause d'elle que le malade devient incapable de marcher, et reste inerte comme une masse.

III

Les phénomènes d'incoordination se montrent dès le début de la paralysie générale et se combinent même avec des symptômes franchement tabétiques. Magnan a remarqué que dix à quinze ans avant l'apparition des symptômes caractéristiques, on voyait survenir des troubles de la sensibilité, des douleurs fulgurantes revenant par accès rapides de quelques secondes, séparés par des intervalles variables se reproduisant plusieurs fois en quelques minutes, ou bien au contraire, cessant pour ne reparaître qu'au bout de quelques jours et même de quelques mois. Ces douleurs sont suivies, après un temps variable, d'incertitude et d'incoordination dans les mouvements.

D'autres fois, les troubles sensitifs sont moins nets, le malade éprouve de l'engourdissement, des fourmillements dans les extrémités inférieures, des picotements à la pointe des pieds, une sensation imparfaite du sol, des crampes, des modifications de la sensibilité au toucher, à la température, à la douleur ; les jambes sont faibles, il y a de la lassitude au niveau des jointures, un sentiment de pesanteur ; la marche devient plus difficile et plus lente. Chez d'autres malades, c'est la faiblesse musculaire qui prédomine, les troubles sensitifs étant peu accusés. Nous n'avons que peu de choses à ajouter à cette description de M. Magnan ; nous avons observé des faits semblables aux siens, mais nous les interprétons un peu différemment. Il croit, en effet, qu'ils sont dus à des scléroses de la moelle ou des nerfs, tandis que nous pensons qu'ils peuvent aussi être consécutifs à des lésions des couches corticales, en l'absence de toute lésion médullaire, ainsi que nous avons pu le constater plusieurs fois.

Le mode de début que nous avons observé le plus fréquemment, se fait par des troubles moteurs ; les malades commencent par exécuter avec peine les mouvements délicats, tels que ceux de mettre un bouton, enfiler une aiguille, serrer un nœud, etc. Quelques-uns se trouvent même dans l'obligation d'abandonner leur profession, quand elle exige d'eux de l'habileté manuelle. Comme à ce moment leur intelligence est encore intacte, ces troubles moteurs les préoccupent beaucoup, et ils sont les premiers à remarquer leur maladresse. A la même période, ils commencent à éprouver de l'incoordination de la marche ; celle-ci devient lourde et incertaine ; ils trébuchent quand ils veulent aller vite et ils éprouvent une sensation vertigineuse assez semblable à celle de l'ivresse, qui leur fait supposer que leur marche est moins correcte qu'elle ne l'est en réalité. C'est surtout en montant ou en descendant les escaliers que ces troubles s'accentuent : l'obscurité produit le même résultat ; ces malades marchent les yeux fermés, mais avec une irrégularité marquée.

Pendant cette période de début, le malade a généralement à peu près conscience de son état et s'exprime assez nettement sur ce qu'il ressent ; mais plus tard les troubles psychiques surviennent et il devient alors très difficile d'avoir des renseignements sur les phénomènes sensitifs. Nous avons cependant pu constater leur existence sur plusieurs de nos malades arrivés à la période d'état : le plus souvent la sensibilité est émoussée sur tout le corps, les excitations faibles ne sont pas perçues et il y a un retard notable de la perception des excitations plus fortes. Comme chez le tabétique, la sensation du sol est émoussée et peut-être ce symptôme est-il pour quelque chose dans l'incoordination de la marche. A cette période les douleurs fulgurantes sont rares ; on observe plutôt un réveil de douleurs rhumatismales chez les arthritiques, des névralgies et des migraines.

Les troubles moteurs augmentent sensiblement d'intensité à la période d'état et l'incoordination motrice suit une marche parallèle.

On trouve de l'ataxie musculaire dans presque toutes les régions du corps et on la voit se produire à l'occasion de la plupart des mouvements volontaires. Tous les malades ne sont pas pris au même degré ; il en est par exemple dont les

membres supérieurs conservent l'intégrité de leurs mouvements alors que les membres inférieurs l'ont perdue et inversement. Nous allons passer successivement en revue ces troubles ataxiques et décrire leurs caractères particuliers dans les diverses régions.

(*A suivre.*) Georges Lemoine.

REVUE DES JOURNAUX

DERMATOLOGIE.

I. — Sur l'ulerythema ophryogenes, une affection de peau non encore décrite, par le Dr P. Taenzer, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1889, T. VIII, n° 5.

II. — Sur l'ulerythema sycosiforme, par le Dr P. S. Unna, *Ibidem*, T. IX, n° 3.

III. — Sur le sycosis bacillogène, par le Dr P. Tommasoli, *Ibidem*, T. VIII, n° 11.

IV. — Infection double par le microorganisme de la teigne faveuse commune et par celui de la teigne faveuse herpétique, par le Dr Quincke, de Kiel, *Ibidem*, T. VIII, n° 2.

V. — Sur le champignon de la teigne faveuse, par le Dr A. Elsenberg, *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1889, fasc. 2.

VI. — Contributions a l'anatomie et a l'histologie des verrues vulgaires, par le Dr G. Kühnemann, *Monatshefte fur prakt. Dermatologie*, T. VIII, n° 8. — Sur la bactériologie des verrues vulgaires, par le même, *Ibidem*, T. IX, n° 1.

VII. — Un cas de diphtérie avec érythème polymorphe, par le Dr A. Kuhn, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, n° 43, p. 938.

VIII. — L'érythro-mélalgie, par le Dr J. E. Morgan, *The Lancet*, 5 janvier 1889.

I. — Sous le nom d'*ulérythème* (cicatrices rouges), M. Unna, de Hambourg, entend désigner un groupe de dermatoses qui aboutissent à la production de cicatrices par simple résorption d'une infiltration inflammatoire, sans suppuration préalable. Le lupus érythémateux est le prototype de ce groupe de dermatoses. La nouvelle variété de ce même groupe, décrite par M. Taenzer, un élève de M. Unna, a été observée chez six personnes dont trois appartenant à la même famille. Elle se développe dans la première enfance. Ses manifestations extérieures siègent d'abord à la partie externe des sourcils; de là, elles s'étendent vers l'oreille et les parties latérales du cou, en empiétant sur la face interne du bras; quelquefois même, elles envahissent jusqu'à l'avant-bras. Elles consistent toujours, au début, dans de l'hyperkératose, avec érythème concomitant. Les follicules sont oblitérées par des masses cornées; l'éclosion des poils follets, quelquefois même celle des poils plus gros se trouve entravée, de telle sorte que l'aspect final est celui d'une hyperkératose pilaire, développée sur un fond d'hyperémie. Dans les cas graves, la partie interne de la région sourcillière, la lèvre supérieure et les parties avoisinantes de la face, le cuir chevelu et la face externe du bras sont également envahis par cette dermatose; en outre, les cicatrices, qui sont à peine visibles dans la forme bénigne, sont très accusées dans cette forme grave. Cette production de plaques cicatricielles débute toujours par les ilots de peau compris entre les poils; aux sourcils et aux lèvres, elle dessine un réseau fin linéaire; sur la tête, elle donne lieu à un système d'anneaux confluents, qui enserrent des touffes de cheveux, et elle entraine finalement une alopécie complète.

D'une façon générale, l'affection suit une marche indolente dans certains cas, l'abns des topiques irritants engendre une folliculite suppurative. L'emploi des médicaments tels que le soufre, la résorcine procure la guérison ou du moins une amélioration. Abandonnée à elle-même, la dermatose peut persister toute la vie durant.

II. — L'ulérythema sycosiforme appartient à ce même gronpe de dermatoses. Jusqu'ici, M. Unna n'en a observé qu'un exemple. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire, circonscrite d'abord dans la région occupée par la barbe, et qui, de là, envahit les autres régions de la face occupée par des poils un peu forts, la région des tempes. Elle aboutit à la destruction complète des follicules pileux, à l'atrophie du corps papillaire et de l'épithélium superficiel, et conséquemment, à la disparition des raies qui parcourent la surface de la peau. Par suite, celle-ci preud, à ce niveau, l'aspect d'un tissu cicatriciel particulier, qui se développe sans que suppuration il y ait eu. Cette dermatose se distingue du sycosis vulgaire par la préseuce de vésicules exfoliatrices qui ne renferment jamais de pus, par l'exacte délimitation de l'érythème interfolliculaire, par le siège superficiel et la chronicité de l'inflammation cutanée, et par la production finale de cicatrices superficielles. De la précédeute forme d'ulérythema, l'ulérythema sycosiforme se distingue surtout par sa localisation dans les parties occupées par des poils forts, par la présence de vésicules, par l'apparition de cicatrices plus espacées et plus vastes.

Pour ce qui concerne le traitement de cette dermatose, il semble, d'après les constatations faites par M. Unna, chez son unique malade, qu'il soit indiqué surtout de recourir aux médications susceptibles de produire une anémie locale.

III. — M. Tommasoli, un élève de M. Unna, relate l'observation d'un jeune homme qui avait eu la figure envahie par une éruption ayant toutes les apparences du sycosis. On était frappé, toutefois, de l'existence d'une teinte brune, rougeâtre, de la peau, qui contrastait avec la bénignité appareute de l'éruption pustuleuse. Il n'existait point de nodosités inflammatoires un peu volumineuses, comme dans les cas cas de sycosis.

On transplanta des poils malades dans de la gélatine de culture. Ces ensemencements ont fait éclore une foule de colonies semblables les unes aux autres, exclusivement formées par des bacilles. Ceux-ci se développaient lentement, dans les milieux de culture habituellement employés pour les recherches de bactériologie, sur des tranches de pommes de terre notamment, et dégageaient une odeur forte, désagréable.

M. Tommasoli a réussi à inoculer cette forme bacillaire de sycosis. Des recherches ultérieures ont fourni la preuve que le bacille en question, baptisé par l'auteur du nom de *bacillus sycosiferus fœtidus*, possède des propriétés pyogènes, et qu'en végétant dans le derme, il peut faire éclore des pustules.

D'après cela, il y aurait lieu de distinguer trois variétés de sycosis parasitaire : une forme hyphogène, cryptogamique, une forme coccogène, et une forme bacillogène.

IV. — M. Quincke rappelle qu'en ensemençant des croûtes provenant de sujets atteints de la teigne faveuse, il a réussi à isoler, par voie de culture, deux variétés de champignons : le champignon α et le champignon γ. En même temps, il a cru devoir distinguer deux formes de teigne faveuse: la forme vulgaire et la forme herpétique. La première, qui se localise au cuir chevelu, serait engendrée par le champignon γ; la seconde, qui euvahit exclusivement les parties glabres, recon-

naîtrait pour élément pathogène le champignon α. Cette manière de comprendre les choses se conciliait mal avec les cas de teigne faveuse où la dermatose parasitaire envahit simultanément le cuir chevelu et les parties glabres, à moins d'admettre que, en pareil cas, le sujet avait subi une double infection opérée par les deux champignons α et γ. Une observation relatée par l'auteur est donnée par lui comme une preuve de la réalité de cette infection double : il s'agit d'un garçon qui était atteint à la fois de la teigne faveuse commune, au cuir chevelu, et de la teigne herpétique, sur le reste du corps ; on a pu constater la présence du champignon γ dans les produits morbides de la première forme et le champignon α dans ceux de la forme herpétique.

V. M. Elsenberg, médecin à l'hôpital israélite de Varsovie, a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de teigne faveuse, qu'il a fait servir à des recherches de bactériologie. Il a réussi à cultiver et à isoler deux espèces de champignons, qui ne seraient autres que les variétés α et γ décrites par Quincke. Ces deux variétés de cryptogames coexistaient toujours chez le même individu. Ils offrent la plus grande ressemblance au point de vue microscopique, ne différant que par quelques particularités des cultures qu'on obtient en les ensemençant sur des tranches de pommes de terre et sur de l'agar. A l'idée de M. Elsenberg il ne s'agit probablement que de deux modalités d'un seul et même organisme cryptogamique, et non de deux champignons distincts.

D'autre part M. Elsenberg a constaté que l'action prolongée d'une température de 55° détruit complètement la vitalité des champignons du favus. On obtient le même résultat, en acidifiant dans des proportions convenables le milieu de culture, ou en faisant agir sur les cryptogames une solution alcaline, une solution faible de sublimé, d'acide phénique, d'anthrarobine (1 0/0). Les solutions de créoline (3-4 0/0) sont sans action sur ces mêmes cryptogames. Toutefois les applications thérapeutiques qui ont été faites de ces notions expérimentales n'ont donné que des résultats très insuffisants.

Les tentatives faites pour inoculer les deux champignons α et γ à des sujets de notre espèce et à des animaux, ont constamment échoué.

VI. — M. Kühnemann conclut des résultats de ses recherches, que les verrues, dont le siège habituel est aux doigts et aux mains, ne résultent pas d'une hypertrophie active ou d'un allongement des papilles du derme ; elles sont le produit d'une affection particulière de l'épiderme. Le premier phénomène en date consiste vraisemblablement dans une hypertrophie de la couche muqueuse, provoquée par une irritation venue du dehors, peut-être par des micro-organismes ; les cellules de cette couche viennent faire saillie à la surface, de même qu'elles pénètrent dans la profondeur du derme. Les cellules du corps muqueux ne se transforment pas en cellules plates cornées ; elles conservent plus ou moins leur forme originelle ; elles se distinguent en outre, des cellules à granulations, par la présence, dans leur masse d'une certaine quantité de kératohyaline. Dans la couche cornée, les cellules à noyaux sont parfaitement bien conservées, et ont une forme allongée en fuseau.

En somme, l'affection consiste dans une hypertrophie de tous les éléments de l'épiderme et se caractérise surtout par une cornification atypique ; elle est donc à rapprocher des parakératoses.

— Les recherches ultérieures de M. Kühnemann ont confirmé l'hypothèse qu'il avait émise, relativement à l'origine microbienne possible des verrues. Dans les productions verruqueuses, M. Kühnemann a constaté la présence constante d'un bacille qu'on met en évidence au moyen du procédé de coloration de Gram-Kühne : Immersion des coupes, pendant trente minutes, dans une solution alcaline de violet de gentiane, lavage sous un jet d'eau, décoloration dans une solution alcoolique de fuchsine, enlèvement de l'excès de fuchsine, par l'immersion dans des godets contenant de l'alcool absolu et de l'huile d'œillette ou d'aniline. Puis, traitement par l'essence de térébenthine, le xylol, le baume du Canada.

En explorant la couche dentée on découvre dans les intervalles des cellules, et aussi dans l'épaisseur de celles-ci, ainsi que dans les espaces lymphatiques, des bâtonnets très fins, colorés en rouge vif, mesurant tout au plus 1 c. 1/2 de longueur. On les rencontre quelquefois dans l'épaisseur de la couche cornée. Ils existent en nombre moins considérable dans les verrues anciennes. Ils ont été ensemencés avec succès dans la gélatine et dans l'agar.

VII. — M. Kuhn relate l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui fut prise d'un malaise général, avec fièvre modérée et symptômes d'angine. Lors de sa première visite, le médecin constata que la figure, bouffie, surtout à droite, était envahie par un érythème parsemé de 8 ou 10 petites nodosités en voie d'évolution. Au cou, les ganglions étaient engorgés des deux côtés. La muqueuse de l'arrière-gorge était d'un rouge foncé, tuméfiée ; par endroits elle était recouverte de dépôts minces. Sur les deux mains et sur la face dorsale des pieds, on découvrait des taches rouges de dimensions variables ; d'autres taches, plus petites, semblables à une éruption de roséole occupaient les avant-bras ; aux deux jambes il s'en trouvait de plus larges, quelques-unes teintées en brun, un peu saillantes au-dessus de la peau. T. 38°8. P. 108. Sueurs.

Le lendemain, la température était normale ; les symptômes d'angine s'étaient atténués ; à la joue droite les nodosités atteignaient leur plein développement ; l'érythème était devenu très net. Il s'agissait, en somme, d'un érythème exsudatif polimorphe, qui mit environ un septenaire à terminer son évolution. A l'idée de l'auteur, cet érythème était survenu comme complication d'une angine diphtéritique. Reconnaissait-il pour cause l'élimination, par les glandes de la peau, de ptomaïnes issues des microbes pathogènes de la diphtérie ? L'auteur incline plutôt à croire qu'il y a eu, chez sa malade, infection double, par le microbe de la diphtérie et par celui de l'érythème polymorphe qu'il considère comme une maladie infectieuse *sui generis*.

VII. — Sous le titre d'érythro-mélalgia, M. Morgan publie cinq cas d'une affection qui, 4 fois sur 5, a débuté par des douleurs aux plantes des pieds. Dans quelques cas, les douleurs s'exaspéraient sous l'influence de la station prolongée, de la marche, de la chaleur du lit. La peau était alors envahie par une teinte d'un rouge bleuâtre.

L'un des malades a été guéri par le repos absolu au lit. Un autre ne pouvait endurer le poids des couvertures, il avait de la contracture des fléchisseurs des orteils, et une insomnie opiniâtre.

Chez l'un des malades, les douleurs, qui éclataient par paroxysmes, siégeaient aux bras, dans des parties innervées par le nerf médian ; de par sa profession le malade était sujet à manier le marteau. Des deux autres malades du même sexe, l'un était obligé de se tenir debout chaque jour pendant douze et quatorze heures consécutives, l'autre, un mineur était exposé journellement au froid et à l'humidité ; il avait eu, comme le précédent, la blennorrhagie, et en outre, du

rhumatisme articulaire chronique et la fièvre typhoïde. Les deux autres malades, des femmes, étaient de constitution délicate.

Pour Morgan, il s'agit, dans ces cas, d'une périnévrite qui reconnaît pour principales causes prédisposantes, la blennorrhagie, la syphilis, la goutte et le rhumatisme. Trois fois on a pu constater l'existence de points douloureux sur le trajet du nerf plantaire interne.

Un traitement par les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine a donné des résultats relativement favorables.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DANS L'INFECTION PUERPÉRALE, par le Dr Gustave JASINSKI, avril 1889.

Pour l'auteur, les injections intra-utérines constituent un traitement rationnel et efficace de l'infection puerpérale. Certaines précautions doivent être prises dans l'introduction de la sonde ; la sonde choisie doit assurer l'écoulement facile du liquide et un lavage complet de la cavité utérine, elle doit être facilement rendue aseptique.

La sonde en fer à cheval de Budin est recommandée.

DES HÉMORRHOÏDES PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES, par le Dr Maxime GRANCHER. (Thèse, mai 1889.

La constipation est la cause la plus active dans la production des hémorrhoïdes ; on a invoqué d'autre part, la compression des veines rectales par l'utérus gravide, l'exagération de la tension vasculaire, l'arthritisme. Les hémorrhoïdes externes sont celles qui surviennent le plus fréquemment pendant la grossesse. L'hygiène domine le traitement, l'alimentation ne sera ni trop abondante, ni trop excitante, les légumes et les fruits mûrs sont recommandés ; on évitera tout ce qui peut congestionner le bassin. La femme devra aller tous les jours à la garde-robe. Divers moyens peuvent être employés à cet effet.

Contre les hémorrhoïdes turgescentes, congestionnées, on peut être conduit à pratiquer la dilatation forcée.

Pendant l'accouchement, les hémorrhoïdes sont fréquentes, ce qu'il est aisé de comprendre. Elle ne donnent lieu en général à aucune complication ; l'incision médico-latérale sera faite s'il y a menace de rupture. Contre les douleurs, badigeonnages avec la solution de cocaïne au dixième.

La constipation, les traumatismes de l'orifice anal pendant l'accouchement, les fissures anales peuvent donner naissance à des hémorrhoïdes pendant les suites de couches. Une complication très fréquente de ces hémorrhoïdes est l'étranglement. La dilatation forcée peut être nécessaire, mais dans la plupart des cas il suffit d'attendre quelques heures après l'accouchement, pour que des hémorrhoïdes, qui étaient volumineuses se réduisent d'elles-mêmes, on à l'aide d'un traitement approprié.

PATHOGÉNIE NERVEUSE DES VARICES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, par le Dr Paul LÉONARDI. (Thèse, 17 janvier 1888).

Au point de vue pathogénique on peut diviser les varices en trois classes :

1° Varices produites par une compression veineuse, la nutrition des parois veineuses étant modifiée par une perturbation dans l'influx nerveux ;

2° Varices produites sous l'influence d'un réflexe dont le point de départ est l'utérus gravide ;

3° Varices produites par des causes occasionnelles multiples amenant les lésions des veines, sous l'influence de l'état neuro-pathologique de l'organisme.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYDRAMNIOS, DE L'ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS DANS LES CAS D'HYDRAMNIOS, par le Dr G. BARBÉZIEUX. (Thèse, avril 1889).

L'hydramnios, *en tant qu'hydropisie de l'amnios*, n'entraîne pas l'arrêt de développement du fœtus ; s'il y a atrophie du produit de conception, la cause en est imputable à une diathèse (syphilis, etc.) ou à un accident durant la grossesse. L'hydramnios coïncide souvent avec une grossesse gémellaire et dans ce cas existe plus généralement dans un seul œuf. L'hydramnios se développe aussi bien chez les primipares que chez les multipares, et ne paraît pas être la cause des malformations fœtales. Le traitement spécifique a donné de bons résultats dans quelques cas. Le pronostic est bénin pour le fœtus si aucune diathèse coïncide avec la grossesse.

Marius REY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 2 ANS, par FR. BOSSELUT (Th. de Paris 1888).

Au-dessous de l'âge de 2 ans, la méningite tuberculeuse est beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement. A l'appui de cette opinion, l'auteur cite un certain nombre d'observations recueillies dans les diverses crèches des hôpitaux de Paris.

Cette méningite des tout jeunes enfants diffère peut-être de celle des enfants plus âgés par quelques caractères anatomiques et cliniques.

L'anatomie pathologique décèle la rareté des follicules de Koster. Ces follicules, on le sait, sont constitués par l'association de trois éléments : 1° la cellule géante à plusieurs noyaux occupant le centre du néoplasme, 2° les cellules épithélioïdes formant à la précédente un cercle annulaire, 3° les cellules embryonnaires formant la limite la plus externe du follicule. Ce follicule contient naturellement le bacille spécifique et représente la phase d'évolution la plus élevée du produit tuberculeux.

Or l'état jeune des tissus chez l'enfant du premier âge s'oppose, selon l'auteur, à une évolution complète, et les lésions se bornent d'ordinaire à une série de noyaux embryonnaires rencontrés çà et là.

Au point de vue clinique, les symptômes ne séparent pas d'une manière nette la méningite des enfants âgés de moins de deux ans, des méningites des sujets plus âgés. Néanmoins les convulsions constituent un symptôme essentiel. Les paralysies semblent plus fréquentes.

La rapidité de l'allure serait plus spéciale à la méningite des enfants âgés de moins de 2 ans. Le médecin est tenté de penser à une affection fébrile franche, mais ce n'est pas là un caractère distinctif. Il n'est pas de médecin qui chez des enfants de 4 à 5 ans et plus âgés, ait observé des méningites tuberculeuses évoluant avec des symptômes de fièvre infectieuse.

Quelquefois des périodes de rémission peuvent survenir entre les poussées tuberculeuses et faire à tort croire à la guérison. La terminaison de cette affection est fatalement mortelle.

DES TEMPÉRATURES MORBIDES DE L'ESTOMAC ET DE LEUR INTERPRÉTATION CLINIQUE, par H. LE ROY DE LONGEVIMÈRE (Thèse de Paris, 1888).

Certaines affections de l'estomac donnent-elles naissance à

une élévation de la température locale? C'est ce que l'auteur, élève de M. Peter, affirme.

Pour rechercher ces températures locales, on opère ainsi : Le thermomètre à cuvette plate entouré de onate, est appliqué sur la région par laquelle l'estomac se trouve en contact avec la paroi abdominale. Cette région, d'après Pillaux, n'est accessible que dans un espace triangulaire dont la base regarde en bas et correspond à la grande courbure de l'estomac ou, ce qui revient au même, à la ligne reliant les cartilages des neuvièmes côtes, et dont les bords sont formés à droite par le lobe gauche du foie et à gauche par le rebord des fausses côtes gauches.

Les recherches ont porté spécialement sur les températures locales dans les cas d'ulcère de l'estomac. Notons, entre autres, ce point intéressant. Le carcinome stomacal ne détermine que peu de réaction thermique sur les parois de l'organe. Au contraire dans l'ulcère stomacal, l'hyperhémie locale est constante. Elle atteint son degré le plus élevé au moment des douleurs et des hématémèses.

Cette hyperhémie locale, symptomatique d'une inflammation profonde indique, comme traitement, la nécessité d'une révulsion énergique.

On usera des pointes de feu répétées, des vésicatoires et des cautères à demeure sur la région épigastrique.

BULLETIN

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — RÉSISTANCE DES ANIMAUX A LA TUBERCULOSE. — ACTION DU SEL MARIN SUR LES MICROBES.

Comme on peut le pressentir d'après le titre qui précède, la tuberculose a eu cette semaine encore le privilège d'attirer l'attention des sociétés savantes, ou d'ailleurs tout ce qui la concerne est, on peut le dire, à l'ordre du jour d'une manière permanente. C'est d'abord M. Villemin qui, de sa voix autorisée, est venu faire connaître à l'Académie les conclusions votées par la Commission chargée de formuler définitivement les mesures propres à prévenir et à limiter les ravages de ce fléau social qui fait chaque année tant de victimes. A vrai dire, ces conclusions n'apprennent rien de nouveau à tous ceux qui sont déjà au courant d'une question trop souvent rabattue pour ne point paraître banale. Les propositions sous lesquelles elles ont été présentées ne consacrent que des faits connus et des vérités universellement acceptées. Ainsi tout le monde est aujourd'hui d'accord pour voir dans la tuberculose une maladie d'origine parasitaire occasionnée par la pénétration d'un *bacille* spécial au sein des tissus. Et, comme conséquence dérivant directement de cette notion, tous acceptent par avance la nécessité de détruire ce bacille, autant que cela se peut, partout où on le rencontre, et surtout la nécessité de fermer les portes d'entrée multiples par lesquelles il peut envahir l'organisme.

Ces données principales étant admises, les conclusions pratiques qui en découlent logiquement se placent d'elles-mêmes hors de contestation. Ainsi chacun approuvera les mesures proposées pour la stérilisation des crachats dont la dessiccation et la pulvérisation ultérieure constituent un des moyens de propagation les plus actifs de la phthisie; de même celles qui ont pour but la désinfection rigoureuse des locaux antérieurement habités par des phthisiques. On pourra louer aussi la Commission d'avoir insisté sur la surveillance qui s'impose en ce qui concerne l'alimentation et particulièrement sur la nécessité d'une inspection préalable rigoureuse des viandes provenant d'animaux reconnus tuberculeux ou même simplement suspects; sur la convenance qu'il y aurait à interdire désormais l'ingestion du sang pur dans les abattoirs et à recommander la cuisson prolongée de la viande pour assurer la destruction complète des germes.

Dans un autre ordre d'idées, c'est encore avec raison que la commission a signalé le danger des excès de tous genres et notamment le danger des excès alcooliques : ce sont là des facteurs puissants de la prédisposition individuelle qui favorise l'éclosion de la maladie et du même coup exagèrent singulièrement la gravité de ses atteintes. Nous savions déjà toutes ces choses, il est vrai, et cependant il serait bon que l'Académie, avec l'autorité qui lui appartient, leur donnât la sanction décisive d'un vote approbatif. En formulant et en accentuant ce vote, elle n'assumera, quoi qu'on dise, aucune responsabilité : En revanche, elle aggravera celle qui incombe à tous ceux, médecins, directeurs d'hospices, surveillants de pensions, de crèches, fournisseurs de denrées alimentaires, etc. etc. qui seraient tentés d'enfreindre des principes bien établis et de substituer les conseils de l'arbitraire, de l'intérêt personnel ou de l'égoïsme à l'observance des lois imprescriptibles de la sauvegarde sociale.

— Cette grande question de la tuberculose semble du reste inépuisable, si l'on en juge par les points obscurs qui restent à éclaircir et par les inconnues qui restent à dégager. Elle n'a pas cessé non plus d'être un champ d'expérimentation particulièrement fécond, comme le démontrent les recherches poursuivies de différents côtés et qui viennent s'ajouter à celles de nos prédécesseurs pour en contrôler les résultats incertains, ou pour en compléter les conséquences provisoires. Cette réflexion sera justifiée par la lecture d'un mémoire que M. Daremberg vient de communiquer à l'Académie, et où il a consigné le résultat d'une série d'expériences entreprises dans le but d'étudier le degré de résistance des animaux à l'imprégnation du virus tuberculeux. Notre distingué confrère a constaté là des faits nouveaux et d'un extrême intérêt. Il a vu, par exemple, les animaux devenir plus aptes à contracter la tuberculose et à subir rapidement les différentes phases d'évolution de cette maladie, quand ils ont été soumis préalablement à l'absorption d'une quantité abondante de glycogène par les voies sous-cutanée ou digestive. Dans ces conditions le foie est surchargé de sucre, au moins d'une façon temporaire : il existe donc une véritable *hyperglycémie*, à laquelle M. Daremberg attribue la prédisposition manifeste vis-à-vis de l'infection tuberculeuse qu'il a rencontrée chez les sujets expérimentés. Or il est permis, de voir dans ce fait en apparence purement expérimental, une confirmation éclatante de cette remarque clinique depuis longtemps reconnue exacte: savoir, l'influence du diabète sur le développement de la phthisie.

Dans un autre ordre d'idées, M. Daremberg s'est préoccupé du rôle thérapeutique des corps gras dont il a cherché à préciser le mode d'action plus exactement qu'on ne l'avait fait avant lui.

On sait, d'après les enseignements de la clinique, que l'usage des aliments gras constitue un moyen curatif ou tout au moins préventif efficace vis-à-vis de la phthisie. M. Daremberg a démontré que cette influence cesse de se manifester quand l'inoculation du virus tuberculeux a été faite par la voie sous-cutanée. Il semble que, dans ce cas particulier, l'envahissement de l'organisme soit trop rapide pour permettre à la résistance physiologique, augmentée par la combustion des graisses, de produire tous ses effets. Par une série de raisonnements indirects

on peut arriver à tirer de cette remarque la conclusion que l'usage des graisses est inutile dans toutes les formes aiguës de la tuberculose, et notamment dans celles qui, dès leur début, présentent les allures et la marche des maladies infectieuses.

Nous pourrions relever encore d'autres faits pleins d'intérêt dans le mémoire de M. Daremberg. Les plus importants parmi eux sont fournis par les recherches que l'auteur a poursuivies en vue d'étudier l'influence préservatrice des inoculations graduées préventives. Il a reconnu ainsi que l'on peut entraver la marche et même l'éclosion de la maladie en habituant les animaux graduellement à supporter le virus tuberculeux. Ce résultat a été obtenu au moyen d'inoculations sous-cutanées à petites doses de cultures tuberculeuses ou de cultures stérilisées précédant l'inoculation mortelle. Les animaux traités ont paru résister à cette dernière. La conclusion qui se dégage de ces expériences est extrêmement encourageante, d'abord parce qu'elle place le virus tuberculeux au rang des poisons que l'homme est déjà parvenu à manier (virus du charbon, de la variole, de la rage); ensuite parce qu'elle permet d'entrevoir la création prochaine d'un méthode grâce à laquelle on pourra conférer à volonté l'immunité et rendre l'organisme réfractaire aux agressions fortuites et répétées du contage tuberculeux. Une semblable découverte constituerait certainement un des plus grands services que la science puisse rendre à l'humanité.

— L'étude des moyens prophylactiques propres à enrayer les progrès de la tuberculose se relie naturellement à celle de l'action exercée par les différents agents parasiticides sur les microbes. Cette dernière préoccupation a inspiré les recherches que M. de Freytag vient de consacrer à l'étude de l'action exercée par le sel marin sur les bactéries spécifiques de quelques maladies infectieuses, recherches marquées au coin d'une remarquable précision. Adoptant pour moyen la méthode des cultures, M. de Freytag a voulu déterminer l'influence que le mélange du sel avec des milieux nutritifs (gélatine, gélose) produit sur la vitalité et l'activité germinatrice des colonies microbiennes implantées dans ces milieux. Il a constaté ainsi des écarts considérables entre les différentes variétés de bacilles : ceux du choléra étaient tués au bout de quelques heures, tandis que les bacilles de la fièvre typhoïde, les microcoques du pus et de l'érysipèle, les bactéries du rouget paraissaient encore intactes après des semaines et des mois. Un fait qui nous intéresse particulièrement est le degré de résistance du bacille de la tuberculose. Dans les expériences de M. de Freytag, ce bacille a montré une vitalité particulière, comme le démontre la contre-épreuve qui consistait à inoculer des animaux bien portants avec des parcelles de viandes tuberculeuses préalablement soumises à une salaison énergique et prolongée : presque tous les sujets ont succombé à l'inoculation. On pourrait mettre cette force de résistance sur le compte de la formation des spores. Quelle que soit l'interprétation, il n'en est pas moins vrai qu'un semblable résultat entraîne une conséquence pratique d'une haute portée, puisqu'il nous autorise à considérer comme illusoire la mesure prophylactique que l'on croit réaliser par la salure des viandes provenant de bétail tuberculeux, et destinées à être livrées à la consommation. Il y a plus : on pourrait y voir un argument formel pour interdire désormais d'une manière absolue l'emploi de ce moyen de conservation douteux, inefficace, qui n'a guère de la sauvegarde que l'apparence.

P. Muselier.

NOUVELLES

Les obsèques de Ricord.

Les obsèques de Ricord ont eu lieu samedi dernier en grande pompe et au milieu d'une affluence considérable de médecins et d'amis. L'Académie de médecine et les différentes sociétés dont il faisait partie étaient officiellement représentées. Si le maître a compté de nombreux élèves, et l'homme de bien de nombreux obligés, des témoignages non moins nombreux de sympathie et de regrets l'ont accompagné à sa dernière demeure. Douze discours ont été prononcés sur sa tombe; on a entendu successivement : M. Péan, au nom de l'Académie de médecine; M. Hortelonp, au nom des chirurgiens des hôpitaux; M. Le Dentu, au nom de la société de chirurgie; M. Alfred Fournier, au nom des amis; M. Riant, au nom de l'Assistance générale des médecins de France; M. Peyron, au nom de l'administration de l'Assistance publique; M. Diday, au nom des anciens élèves, dont il est le doyen : M. le comte de Beaufort, au nom de la Société de secours aux blessés; M. Mauriac, au nom de l'hôpital du Midi; M. de Ranse, au nom des ambulances de la Presse pendant le siège de Paris; M. O'Connor, au nom des élèves étrangers, en particulier de ceux de la République Argentine; M. le Maire du Chesnay, au nom de la population au milieu de laquelle Ricord passait les mois d'été.

On nous permettra, dans un journal qui contient, écrite jour par jour, l'histoire des ambulances pendant le siège de Paris, en particulier celle des ambulances de la Presse, de reproduire les paroles d'adieu que nous avons adressées au vaillant organisateur de ces ambulances, au maître vénéré.

« Messieurs,

« L'histoire du siège de Paris, qui aura à enregistrer tant de dévouements, réservera une des plus belles pages à Ricord. Dès la première menace d'investissement, un comité de la Presse s'était constitué pour organiser des ambulances, et Ricord en fut nommé président. Ne consultant que son patriotisme, il se voua tout entier à cette œuvre. L'appel qu'il adressa au corps médical de Paris fut entendu : tous les médecins que des devoirs ne retenaient pas ailleurs, s'empressèrent de s'enrôler sous sa bannière. En quelques jours, de nombreuses ambulances furent organisées et le service des ambulances volantes assuré.

« Mais, Messieurs, Ricord ne fut pas seulement, en cette circonstance, un prompt et excellent organisateur : il fut avant tout un chef actif, un chirurgien hors ligne, un maître dévoué.

Comme un général à la tête de son armée, il arrivait le premier sur les champs de bataille, avec son état-major de médecins et son escorte de brancardiers, se transportant partout où il y avait des blessés à relever ou à panser. C'est ainsi que nous l'avons vu et suivi, avec son regretté collègue Demarquay, à Bagneux, à Villiers, à Champigny, au Bourget, etc. Puis, quand les blessés étaient répartis dans les ambulances, au lieu de goûter un repos bien nécessaire, il parcourait les services, aidant de ses conseils les médecins et les chirurgiens dans les cas difficiles qui trop souvent se présentaient.

« Ricord donna ainsi des témoignages multiples du plus pur patriotisme, du talent chirurgical le plus consommé, d'une bienveillance sans égale pour ses collaborateurs à tous les degrés. C'est en leur nom, c'est au nom des médecins et des élèves des ambulances de la Presse, qui conserveront pieusement dans leur cœur son souvenir, que je lui adresse ici le suprême adieu. »

Dr F. de Ranse.

***

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort subite de M. le Dr Danjuy, ancien interne des hôpitaux, président de la Société d'Hydrologie, médecin consultant à La Bourboule. Notre regretté confrère occupait une des positions les plus honorables de

la médecine thermale. Il assistait tout récemment aux séances du Congrès d'hydrologie et de climatologie, dont il avait été élu vice-président, et rien ne faisait prévoir une fin si brusque et si prématurée. M. Lendet, secrétaire général de la Société d'hydrologie a été sur sa tombe l'interprète des regrets unanimes qu'il laisse dans le corps médical.

***

— Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa Clinique, 9, rue de Savoie, les lundis 4 novembre à 1 heure et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commence ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 11 novembre à 10 heures du matin, et les continuera les mercredi vendredi et lundi suivants à la même heure.

— M. le Dr Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera le vendredi 8 novembre à 9 heures 1/2 des conférences de clinique chirurgicale qu'il continuera les vendredis suivants à la même heure.

Opérations les mercredis et vendredis.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des tumeurs à tissus multiples, par le docteur François Trévaux, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Lyon. Paris, 1888, gr. in-8 de 159 pages, 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

De la typhlite stercorale chez les jeunes sujets en particulier et de la péritonite qui l'accompagne. — De la typhlo-péritonite à début péritonéal (pérityphlite dite primitive), par le docteur G. Besnier. Une brochure in-8 de 50 pages. Prix : 1 fr. 50. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 13 AU SAMEDI 19 OCTOBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses, 49. — Autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 15. — Pneumonie, 37. — Gastro-entérite des enfants ; Sein, 7. — Biberon, 48. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 35. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 4. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 867.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

NEUROPATHOLOGIE

Des troubles moteurs dans la paralysie générale, par MM. Georges Lemoine, professeur à la Faculté de Lille, et J. Lecordonnier.

(*Suite*) (1)

a) Ataxie des muscles du visage. — Il y a un contraste frappant entre l'immobilité habituelle de la physionomie, et les grimaces qu'elle présente, quand il parle ou qu'il est sous le coup d'une émotion. On voit alors les muscles, principalement ceux des lèvres et des orbiculaires et releveurs des paupières, agités par des mouvements spasmodiques qui sont particulièrement intenses quand le malade commence à parler. Ces spasmes, que l'on décrit comme étant constitués par des tremblements, sont en réalité produits par des contractions irrégulières, sans but effectif et se contrariant les unes les autres. Il est facile de se rendre compte de ce fait quand le malade parle : il semble que sa volonté soit impuissante à mettre en jeu les muscles qui doivent effectuer le mouvement désiré, ou plutôt, que son action se disperse sur une quantité de muscles plus grande que celle qui est nécessaire pour produire ce mouvement. L'orbiculaire des lèvres, les canins et les zygomatiques, les releveurs des ailes du nez, etc., sont ceux qui sont le siège de prédilection de ces contractions inutiles; plus rarement les orbiculaires des paupières y prennent part. Ces mouvements insolites sont pour beaucoup dans la difficulté qu'éprouve le malade pour parler, mais il est bon d'ajouter que l'ataxie de la langue, toujours très accentuée, l'exagère encore. Il sait que pour parler il doit vaincre un obstacle, et sans se rendre compte de sa nature ni de son importance, il cherche à le trouver par des procédés dont il ignore l'efficacité, et qui, la plupart du temps, n'amènent pas de résultats utiles.

b) La langue est l'organe qui, dans la paralysie générale, présente le premier des signes d'ataxie : c'est sur elle que l'on remarque tout d'abord le tremblement fibrillaire. Or ce tremblement se décompose en des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement de faisceaux musculaires, dépourvus de rythme et de synergie, et de même ordre, selon nous, que les mouvements ataxiques plus étendus. Il n'y a en effet qu'une différence de degrés entre l'incoordination qui se manifeste sur les faisceaux musculaires et celle, plus visible, des grappes musculaires. Dans l'ataxie des muscles, les mouvements sont détournés de leur but par des contractions inopportunes ou des parésies de quelques-uns d'entre eux; dans l'ataxie fibrillaire, le mouvement est dissocié et ne produit guère que du tremblement. Le tremblement fibrillaire, très peu prononcé quand la langue est au repos, s'accentue considérablement pendant ses mouvements, et il existe une transition insensible entre lui et les mouvements ataxiques ordinaires.

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

Un mémoire de Jacques Daviel.

Suite (1).

La pluspart des inconvénients qu'il impute à l'usage des ciseaux dont je vais suivre le détail, ne se trouve démontré que lorsque des mains inhabiles les employent, il en est de même dans la méthode la plus simple.

1° La cornée ne peut être meurtrie lorsqu'un artiste adroit la coupe avec fermeté sans laisser vaciller les branches des ciseaux, cela est démontré par mes expériences.

2° M. Berranger n'a jamais sçu se servir, sans doute, des ciseaux, puisqu'il ne conçoit pas que la coupe de la cornée par eux, puisse jamais se faire *exactement circulaire, mais bien plutot rompüe par plusieurs angles obtus*. Cette théorie ne se rencontre point vraye dans une pratique exacte; si ces deux inconvénients étaient inévitables, les malades opérés par ma méthode auraient toujours des taches difformes : je produirai s'il le faut un nombre de malades, ou l'on ne sçaurait reconnaître à peine la plus légère cicatrice; quand bien même ces angles obtus auraient lieu, je ne crois certainement point avec M. Berranger qu'il puisse en résulter des points fistuleux, d'où s'ensuit l'atrophie de l'œil. Le fait est absolument impossible, il ne pourrait tout au plus se produire qu'une vesçie remplie par une partie de l'humeur acqueuse qui disparaitrait bientot à l'aide de la compression.

3° M. Berranger prétend que par ma méthode l'opération est longue et douloureuse. J'en ai fait beaucoup dans chacune desquelles je n'ai pas resté six minuttes; d'ailleurs cela dépend de la mobilité plus ou moins vive du globe, de la solidité de la cataracte, enfin de la tranquilité du malade. Ces circonstances se rencontrant dans la méthode de M. Berranger, elle doit partager avec la mienne, ce faible et même inconvénient, à moins que sans craindre le tirraillement violent de la cornée, celui de l'iris, la commotion du globe, il se contente de tirer lestement des cataractes. Quant à la douleur elle est imperceptible par ma méthode

(1) Voir le précédent numéro.

L'ataxie de la langue s'observe avec la plus grande facilité quand le paralytique exécute avec elle un mouvement quelconque. S'il veut la tirer dehors, il cherche pendant quelques instants l'orifice buccal sans parvenir à le trouver; la langue frappe les arcades dentaires, la voûte palatine, se replie en arrière et ne parvient qu'à grand peine à exécuter le mouvement commandé. Une fois dehors et privée de point d'appui, elle continue à être secouée par des mouvements désordonnés, manifestations dues à des secousses ataxiques de ses muscles.

c) *Les membres supérieurs* sont pris tantôt avant et tantôt après les membres inférieurs; c'est en tout cas sur eux qu'il est le plus facile d'étudier les phénomènes ataxiques. Nous avons déjà dit qu'un des premiers signes de la paralysie générale était l'impossibilité où était le malade d'exécuter des travaux manuels demandant de l'adresse, sans y revenir, il nous reste à expliquer les causes de cette impotence particulière. Le paralytique qui veut exécuter un mouvement, très simple en apparence, mais demandant la mise en jeu alternative des extenseurs et des fléchisseurs, comme par exemple celui d'attacher un bouton, présente quelque chose de très caractéristique. Au lieu de se borner à mettre en jeu les deux ou trois doigts qui suffisent normalement à exécuter cet acte, il emploie tous ses doigts et développe par conséquent une force inutile. On ne saurait mieux le comparer qu'à quelqu'un qui a l'onglée et qui voudrait faire le même mouvement avec ses doigts raidis et engourdis par le froid; comme le paralytique, il a besoin de ses deux mains là où deux doigts peuvent suffir, mais chez lui ce sont des troubles de la sensibilité qui jouent le rôle principal.

Cette maladresse est le résultat des contractions incessantes dont les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts sont constamment le siége. Pour s'en convaincre, il suffit de prendre dans sa main celle du malade; on sent alors ses muscles agités tour à tour par des mouvements de flexion et d'extension, absolument indépendants de la volonté. Il y a là comme une tendance perpétuelle aux contractures et aux spasmes. Sur l'avant-bras, ces mouvements sont même perceptibles à la vue; à chaque instant, on voit les muscles tressauter et les doigts exécuter des petits mouvements correspondants. Toutes ces secousses s'exagèrent à l'occasion des mouvements volontaires; il se produit alors le même phénomène que chez l'ataxique dont l'incoordination ne se montre que pendant les mouvements voulus. Si, par exemple, on se fait serrer la main par celle du paralytique, on s'aperçoit qu'en accomplissant cet acte, il développe une force considérable, sans cependant exercer une forte pression. On sent facilement que tous les muscles mis en action sont loin de concourir an même but, et qu'ils se nuisent les uns aux autres par leurs contractions discordantes. Alors que la plupart fléchissent, il en est d'autres qui se contractent pour se fléchir ensuite, et inversement; cela nous explique pourquoi les paralytiques les plus vigoureux en apparence ne font enregistrer au dynamomètre qu'une faible pression.

Nous aurions voulu étudier ces variations de contractions avec le myographe, mais malheureusement la rareté de cet appareil dans les asiles nous en a empêché. Nous devons nous borner à dire quelques mots des résultats obtenus par M. Chambard, que sa haute compétence met à l'abri de toute critique. Avec le myographe de Marey, M. Chambard a pu constater chez tous les paralytiques, un tremblement consistant en oscillations énormes qui constituent de véritables décharges et séparent des périodes de calme relatif. Quand le sujet est debout et que son bras horizontalement tendu, tient le tambour à réaction, l'amplitude des oscillations s'exagère fortement. L'appareil montre, au début et à la fin de l'acte, qu'il enregistre une série d'oscillations énorme, et dans l'intervalle, des oscillations moins étendues, mais très considérables encore. Le myographe et le dynamographe, dit M. Chambard, donnent chez les paralytiques trembleurs et ataxiques des tracés où l'on retrouve facilement le tremblement et l'incoordination qui, chez ces malades, caractérisent la contraction musculaire, bien différents de ceux qui sont produits par la contraction des muscles normaux. Le tracé offre l'aspect d'une sorte de peigne très régulier, semblable à celui que donne la courbe d'un muscle que des excitations faradiques convenablement espacées ou l'action de la strychnine mettent dans un état de tétanos incomplet.

Les contractions musculaires et surtout fibrillaires qui donnent naissance aux tracés obtenus par Chambard constituent le premier stade, d'une véritable diathèse de contractures qui s'établit peu à peu : les paralytiques généraux arrivés à la période d'anéantissement moteur qui les contraint à garder le lit présentent en effet, une tendance très curieuse aux contractures transitoires : il suffit de porter une excitation, même

---

il suffit d'interroger les malades qui ont souffert cette opération, c'est la solution la plus exacte que j'apporte à cette difficulté.

4° Si M. Berranger avait employé les ciseaux, sans doute il n'ignorerait pas qu'il est impossible à un opérateur d'entamer la conjonctive dans la section de la cornée, en voicy la raison. Un ciseau ne coupe jamais si les branches ne se rencontrent pas exactement ensemble ou si la branche inférieure déjà placée entre l'iris et la cornée est éloignée de la conjonctive; comment supposera-t-on que la branche supérieure s'en approche pour couper elle seule cette membrane sans le point d'appuy que lui doit fournir la branche inférieure.. Cette idée ne peut subsister quand bien même on supposerait qu'un opérateur fit tous ses efforts pour entamer cette membrane. Il suffit d'avoir une idée seulement de la manière dont les sections peuvent être faites sur un corps sphérique pour convenir de ce que j'avance.

5° La main de l'opérateur (continüe cet oculiste) est *assujétie à des positions gênantes.* J'ignore comment il s'y est pris, en se servant des ciseaux, mais je puis assurer que cet argument ne peut être défendu, pour peu de connaissance qu'on ait de ma méthode d'opérer. Il est très rare que les mouvements fréquents de l'œil du malade m'obligent à éloigner mon bras, ma main de sa poitrine, et du visage, où j'ai toujours deux points d'appui invariables, la main droite me suffit pour opérer, comme je l'ai dit déjà, elle n'est jamais suspendüe dans une situation verticale au globe, jamais abandonnée au poids de l'avant-bras, par conséquent elle ne saurait vaciller : deux avantages très essentiels dont les autres instruments ne nous permettent pas de jouir. Ceux qui m'ont vu opérer concevront sans doute difficilement avec M. Berranger que la main de l'opérateur puisse être gênée alors qu'elle a des situations aussi fixes et aussi solides qui leur permettent de travailler à son gré et avec une entière sécurité; ils concevront bien plutôt qu'une main suspendue portera des coups moins surs, si elles a combiné le mouvement de l'œil et la situation de son bras libre de tout appui, c'est alors que l'opérateur ne pouvant arrêter les mouvements légers, mais inévitables de sa main, travaille avec plus de contrainte, plus d'incertitude et de danger.

6° Enfin l'humeur acqueuse étant échapée après la première incision, M. Berranger prétend que la *cornée s'affaisse et se flétrit que l'irris s'engage à l'ouverture* : deux raisons sur lesquelles il refuse une libre entrée aux ciseaux dans la chambre antérieure. Cette

faible, sur un muscle pour le faire contracter aussitôt. Cette contracture éminemment transitoire persiste encore un certain temps après la fin de l'excitation. Quand celle-ci dure longtemps, la contracture s'affaiblit à la longue et se trouve même coupée de loin en loin par un relâchement musculaire brusque et complet. La pression sur les masses musculaires est un excitant énergique de ces contractures; un simple choc, un frôlement de la peau les produit. C'est certainement à elles qu'est due, en partie, l'ataxie si prononcée de la période ultime de la paralysie générale, ataxie qui empêche tout mouvement coordonné de se produire et qui donne au malade l'apparence d'un homme paralysé. L'excitabilité spinale réflexe augmente à tel point que, l'excitation périphérique la plus faible amène des mouvements désordonnés. Le malade est paralysé de la même façon que l'est un tabétique ou un sujet atteint de sclérose en plaques, il a la force nécessaire pour faire des mouvements, mais il ne peut plus coordonner ses efforts.

Pendant les dernières semaines de la vie, il s'établit très souvent des contractures permanentes, aux bras dans le sens de la flexion, aux membres inférieurs dans celui de l'extension; elles ne sont jamais bien complètes et permettent toujours quelques mouvements; le moindre attouchement les exagère d'une façon considérable.

d) Membres inférieurs. — Dès la première période de la maladie, la locomotion devient difficile et la démarche chancelante. Cette affection des membres inférieurs, dit Skae, qui précède habituellement toute affection semblable des membres supérieurs, est bien différente de celle qu'on observe dans une paralysie véritable; c'est, dans l'histoire de la paralysie générale, un trait distinctif qui n'a pas été assez signalé; les membres ne sont pas traînés comme dans l'hémiplégie, la force musculaire n'est pas diminuée et, en somme, il n'y a aucune paralysie dans le sens physiologique du mot. Ce qui existe c'est un trouble dans le pouvoir de direction des mouvements, c'est une impuissance de coordination. Le résultat de cela, c'est que l'individu chancelle en marchant, élargit sa base de sustentation et titube comme un homme ivre. Quand le malade est assis, il a beaucoup de peine à se lever de son siège, il fait lentement, se balance et après quelques oscillations, il commence à marcher en écartant fortement les jambes. Si on lui bande les yeux, il lui est souvent presque impossible de marcher; il fait de grandes oscillations et a beaucoup de peine à se préserver d'une chute. C'est surtout quand il veut revenir sur ses pas et qu'il se retourne rapidement que l'incoordination apparaît: dans le mouvement de rotation qu'il effectue alors autour de son axe, il se balance fortement et perd l'équilibre. Ce signe est très caractéristique et on peut souvent se rendre compte du degré d'incoordination d'un paralytique en le faisant marcher, puis en lui commandant de tourner brusquement sur lui-même pour revenir sur ses pas.

Comme l'ataxique, le paralytique a la plus grande peine à descendre un escalier; soit qu'il sente mal le sol, soit qu'il ne se rende pas compte de l'effort à effectuer, il fait des enjambées tantôt trop courtes et tantôt trop longues, de telle sorte qu'il manque souvent une marche; il monte plus facilement, quoique avec peine. Skae pense que cette facilité relative provient de ce qu'en montant il a devant les yeux des objets qui le guident, tandis qu'en descendant il n'a plus rien devant lui sur quoi fixer son regard. Cette explication ne nous paraît pas suffisante, et il est bien plus probable que la plus grande impotence est due à ce que l'individu dans le mouvement de descente, est obligé de mouvoir les deux jambes en même temps, l'une s'allongeant pendant que l'autre se plie, tandis que dans le mouvement de montée l'une des deux jambes reste fixe alors que l'autre monte d'une marche; cette différence dépend aussi de ce que dans le premier cas, on suit la pesanteur tandis que dans l'autre, on lutte contre son action. Cette incoordination est de la même nature que celle observée aux membres supérieurs; elle est le résultat de contractions fibrillaires incohérentes, de spasme musculaires et de contractions: nous n'y reviendrons pas.

IV

Rapports entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice. — Il existe entre ces deux maladies des rapports qui sont établis non seulement par la présence de l'incoordination motrice, mais encore par celle de certains symptômes que l'on est habitué à regarder comme pathognomoniques de l'une ou de l'autre de ces deux maladies. Il existe de véritables cas mixtes où le diagnostic devient extrêmement difficile et où il est presque impossible de dire avec quelque certitude, tabès ou paralysie générale.. Parmi les observations que nous avons recueillies, il en est une entre autres, où les symptômes des deux maladies se trouvent enchevêtrés, à tel point, que le diagnostic

---

objection est sans doute facile à rejetter, si je démontre les preuves qui l'établissent contraires à l'expérience. Quoique la cornée ne soit plus soutenue par la présence de l'humeur acqueuse, elle ne saurait assurément ni s'affaisser, ni se flétrir. Comme elle ne tient pas sa convexité de cette même humeur, elle doit la conserver lorsqu'elle manque, ainsi gardant sa figure, l'opérateur a assez d'espace pour faire agir la branche inférieure de son ciseau dans la chambre antérieure; il est vray que la cornée peut légèrement se rider, mais cela n'arrive jamais que lorsque le malade regardant en bas, rencontre des obstacles auxquels cette même cornée ne résistant point elle doit légèrement se plier sur elle se remet bientôt, lorsqu'elle n'est plus pressée. Quand bien même les rides insensibles auraient lieu dans tous les cas, l'opérateur n'en aurait que plus de facilité à introduire son ciseau. Quelquefois l'iris sort par la plaie mais cette difficulté est aisée à surmonter; en baissant légèrement une des paupières sur le globe, elle rentre; l'opérateur après peut agir en liberté; lorsque cet accident arrive dans la méthode de M. Berranger, c'est pour lorsqu'il devient très dangereux, ainsi que je le prouverai en parlant de son instrument.

7° Quoique la branche inférieure des ciseaux appuye mollement sur l'iris, il n'en résulte sûrement pas une inflammation dans cette partie (M. Berranger y fait créer l'inflammation trop aisément). Si cela était, tous les yeux opérés par ma méthode auraient sans doute essuyé de grands maux, et l'on peut aisément vérifier le contraire. La seule cause du phlogose de cet organe est, sans contredit, le tiraillement violent qu'il peut souffrir antérieurement, si un opérateur expérimenté ne sait ménager l'issue d'une cataracte lorsqu'elle est trop grosse. C'est à ce sujet aussi que l'on prescrit des saignées et non pas, parce que les ciseaux ont touché l'iris. Ces saignées ne sont pas fréquentes et copieuses comme le suppose M. Berranger, mais elles sont proportionnées au tempérament et à l'état du malade et faites à propos.

L'expérience, maîtresse des raisonnements purement théoriques, est la source où j'ai puisé les faits que vous m'avez permis, Messieurs, d'opposer aux objections de M. Berranger contre ma méthode. Je puis avoir réussi en quelque chose; j'achèverai mon ouvrage, en démontrant avec exactitude les inconvénients des moyens qu'on a proposés pour lui obtenir une perfection dont, peut-être, elle n'a pas besoin. Je dis bien, si je ne reconnais dans

de paralysie générale repose plutôt sur l'étude de l'ensemble des symptômes, que sur celle de chacun d'eux en particulier. Des observations de ce genre ont été publiées à plusieurs reprises, principalement par des médecins aliénistes. On peut constater, chez les malades auxquels nous faisons allusion, les signes psychiques et la plupart des signes physiques de la paralysie générale et tout à la fois la démarche du tabétique, l'abolition des réflexes et les troubles de la sensibilité, anesthésie et douleurs fulgurantes. Le signe de l'escalier, celui de Romberg, celui d'Argyll-Robertson et d'autres encore peuvent exister chez eux à un degré variable; notons encore des troubles oculo-pupillaires presque semblables dans les deux cas, ce qui contribue encore à rendre le diagnostic hésitant. L'ataxie, dans ces cas, avec son cortège de symptômes tabétiques est-elle une complication de la paralysie générale due à l'extension des lésions anatomiques, ou bien les deux maladies coexistent-elles, manifestations locales d'une même diathèse nerveuse mais indépendantes l'une de l'autre. C'est une question qui ne sera résolue que lorsqu'on aura pu faire l'étude histologique complète de tout le système nerveux des malades de ce genre.

Il existe des cas où des symptômes de paralysie générale surviennent au cours de l'ataxie locomotrice, et d'autres où les symptômes des deux affections se montrent côte à côte dès le début. Jaccoud est d'avis, s'appuyant sur des faits observés par Westphal, que la paralysie générale n'est alors qu'une complication due à l'extension du processus morbide à certaines régions encéphaliques.

M. Luys est du même avis ainsi que Faille qui proposa même d'appeler paralysie générale par propagation celle qui succède à l'ataxie locomotrice, soit à d'autres maladies nerveuses. Mierzéjewsky, Magnan et d'autres regardent les deux maladies comme identiques, sous le rapport anatomique et comme ayant une même espèce de lésions, les symptômes variant selon les régions affectées par les lésions. Ils ont vu que dans la plupart des cas, un même processus sclérosique s'étendait sans discontinuer de la moelle au cerveau, et en concluent que, l'ataxie locomotrice et la paralysie générale ne sont que deux expressions différentes d'une même entité morbide.

Jusqu'à présent, les autopsies de paralytiques généraux ayant eu pendant leur maladie des phénomènes ataxiques, sont extrêmement rares et n'ont peut-être pas été faites avec tout le soin désirable. Nous avons pu faire trois autopsies de ce genre, dont deux suivies d'un examen histologique complet. Nous dirons plus loin quelles sont les conclusions auxquelles elles nous ont conduit.

A en juger par ces deux autopsies, il ne semble pas possible de considérer la paralysie générale accompagnée de troubles moteurs ataxiques comme le résultat de l'extension d'un processus tabétique, puisque celui-ci n'existait pas anatomiquement et qu'aucune lésion systématique n'était visible sur les zones radiculaires postérieures. Il faut donc penser que des lésions diffuses telles que celles que nous avons constatées peuvent, lorsqu'elles atteignent les régions des centres (encéphale et moelle) qui président à la transmission des incitations motrices, déterminer une ataxie en tout semblable à celle que produit la dégénérescence systématisée des mêmes régions. Or, si l'on tient compte de ce fait que la paralysie générale se montre presque exclusivement sur des sujets entachés d'arthritisme, on comprend sans peine qu'il se fait chez eux une extrême diffusion des lésions par sclérose. En effet, le propre de l'arthritisme étant de favoriser l'épaississement conjonctif des tuniques vasculaires, il se fait, dans la paralysie générale d'origine rhumatismale, de la sclérose autour des plus petits vaisseaux des centres nerveux d'où elle gagne les parties molles, se diffusant dans toute l'étendue du tissu.

La question se complique encore de l'existence, dans la paralysie générale, de lésions sur les méninges rachidiennes et sur les zones superficielles de la moelle. On peut se demander si les altérations localisées en ces points ne sont pas capables de produire des phénomènes ataxiques. D'autre part, des recherches récentes tendent à prouver que les symptômes du tabes peuvent être la conséquence de lésions corticales de l'encéphale; si ce fait était exact, il permettrait d'interpréter sans peine la coexistence de troubles tabétiques et de la méningo-encéphalite. Jusqu'à présent, nous étions habitués, depuis les remarquables recherches de notre maître, le professeur Pierret, à considérer l'ataxie comme liée nécessairement à l'altération du système sensitif, central ou périphérique; il serait possible qu'elle reconnaisse d'autres lésions comme cause.

Quelques auteurs, parmi lesquels Baillarger, Axenfeld, Parant (de Toulouse), regardent les cas où un malade présente de la paralysie générale et des signes d'ataxie, comme des

---

les nouvelles méthodes proposées, qu'un soin exact, à rendre l'extraction de la cataracte plus prompte et plus brillante; sans obvier aux inconvénients essentiels, mais bien plutôt à en faire naître de plus insurmontables. Si l'extraction de la cataracte est susceptible de quelque perfection, c'est dans la manière de faire sortir le cristallin qu'il faut la chercher et non pas dans l'ouverture de la cornée faite dans un espace de temps plus ou moins court. Malgré le peu d'utilité de cette recherche jusqu'à présent, je serais presque tenté de désespérer qu'on rencontrât une fois, des moyens, libres des inconvénients que je vais vous faire apercevoir dans les trois espèces d'instruments qu'on a opposés aux ciseaux dont je me suis toujours servi avec succès.

2me article. Si l'on avait pu parvenir à faire la section de la cornée avec exactitude à la faveur d'un seul instrument, je ne le cèle pas, cet honneur sans doute serait dû à l'instrument de M. de La Faye, dont tous les autres ne sont à peu près qu'une répétition. Un diamètre plus grand, un tranchant de plus, en établissent la seule différence; différence dangereuse qui leur fait non seulement partager les inconvénients de M. De La Faye mais en substituent encore de nouveaux, sans avoir part à ses avantages. Ainsi M. Berranger ne peut nous remettre devant les yeux les deffauts de cet instrument sans nous donner des raisons pour condâner le sien; cette proposition sera bientôt démontrée.

Dans le détail des inconvénients propres à l'instrument de M. De La Faye, M. Berranger en suppose quelques-uns, et en passe d'autres sous silence, toujours préoccupé que *le globe se flétrit aussitôt après l'issue de l'humeur aqueuse et que la cornée s'affaisse;* il part comme d'un principe incontestable, pour assurer que cette membrane n'est plus alors unie et brillante, ce qui en impose (à son avis) à l'opérateur, après la première ponction et lui fait tracer une incision irrégulière. La base de cette objection n'est pas du tout appuyée sur l'expérience, et l'inconvénient serait purement imaginaire si on ne lui reconnaissait une cause différente.

(*A suivre.*)

Dr A. Doreau.

exemples de la coexistence des deux maladies, sans qu'il y ait entre elles aucune relation de causalité. La façon dont on envisage aujourd'hui les parentés morbides, ne permettent plus d'admettre qu'il puisse exister ainsi sur le même sujet, deux maladies évoluant côte à côte sans reconnaître un processus commun. Au reste, les conclusions fournies par les recherches histologiques réfutent complètement cette hypothèse.

Très vraisemblablement, la question des rapports entre l'ataxie locomotrice et la paralysie générale n'aurait jamais été posée, si, l'on s'était rendu compte plus tôt que l'incoordination motrice existe chez tous les paralytiques et qu'elle constitue le symptôme fondamental de la maladie. Les cas où la paralysie générale paraît succéder au tabes sont ceux où l'incoordination apparaît de bonne heure et précède parfois de plusieurs années les phénomènes psychiques. Il n'y a pas, en pareil cas, de l'ataxie précédant la paralysie, mais bien une paralysie générale débutant par des phénomènes moteurs qui lui appartiennent en propre. Ils proviennent de ce que les lésions de la paralysie générale étant essentiellement diffuses portent sur les régions qui président à la fonction de motilité.

(*A suivre.*) Georges Lemoine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des rétrécissements de l'urèthre. — Traitement par l'électrolyse, par le Dr Boisseau du Rocher.

Je désire faire connaître un procédé d'électrolyse que j'emploie avec succès depuis assez longtemps déjà contre les rétrécissements de l'urèthre. Je tiens à dire dès maintenant qu'il ne s'agit pas ici des rétrécissements contre lesquels la dilatation par les procédés ordinaires est suffisante. Il ne peut donc être question que des rétrécissements élastiques, et des rétrécissements indilatables contre lesquels l'uréthrotomie serait la seule ressource possible.

Les résultats de l'électrolyse linéaire laissent beaucoup à désirer, l'électrolyse au moyen de l'olive et par des courants de faible intensité ne donnant que des résultats insuffisants, je me suis demandé s'il ne fallait pas rendre responsable de ces insuccès bien plus le procédé opératoire, que la méthode elle-même. J'ai fait alors construire l'instrumentation dont je me sers aujourd'hui, et dont il va être question.

La partie principale, essentielle de ce nouvel électrolyseur est une olive de forme spéciale. Elle représente assez exactement deux cônes qui seraient soudés par leurs bases, l'un, à la partie antérieure de l'instrument, très allongé, l'autre, en arrière, beaucoup plus court. Ce double cône est de plus creusé de cannelures longitudinales profondes, sur lesquelles j'appellerai particulièrement l'attention.

Les raisons d'être de ces dispositions de l'olive sont les suivantes : Il est un fait que j'ai toujours observé sur le malade, sur le vivant, et dont l'importance est considérable ; c'est l'inégale répartition de la conductibilité dans les tissus. Il en résulte qu'une partie plus ou moins grande de la surface de l'excitateur est inactive, le courant choisissant toujours de préférence les points de moindre résistance. L'énoncé seul de ce fait indique que pour que le traitement électrolytique des rétrécissements puisse réussir ; deux conditions doivent être remplies : d'abord, que l'électrolyse ne porte autant que possible que sur le tissu même du rétrécissement, en respectant les parties saines voisines ; en second lieu, que les points de contact, les points d'action de l'électrolyseur soient assez limités pour que l'excitateur ne présente pas de surface inactive. Ce sont ces deux conditions que j'ai cherché à réaliser en construisant l'olive cannelée conique dont j'ai décrit les principales dispositions. Les arêtes mousses de l'olive, en limitant les points de contact, facilitent la progression, l'olive ne présentant pas, comme l'olive pleine, de surfaces inactives, nuisibles par ce seul fait qu'elles sont inutiles.

Enfin la forme conique permet d'agir au centre même du rétrécissement. On évite ainsi, autant qu'il est possible, le contact avec les tissus sains et la partie antérieure de l'olive, de plus petit diamètre, profondément engagée, prépare la voie à la partie la plus large. La partie conique, également cannelée, qui est en arrière, n'a d'autre but que de continuer l'action électrolytique au retour et de la même façon. La forme conique est donc indispensable pour éviter cet inconvénient qu'ont les olives ordinaires, de Iutter contre le rétrécissement, et de faire porter l'action de l'électrolyse, parfois exclusivement, sur les tissus sains.

Tel est, en résumé, le procédé qui m'a donné jusqu'ici d'excellents résultats, contre les rétrécissements les plus durs. Il m'a permis, même avec de très faibles intensités de courant, de les ramollir en quelques séances. J'espère d'ailleurs pouvoir bientôt publier des résultats complets, et donner à cette question tous les développements qu'elle comporte.

Enfin j'ai toutes raisons de penser que les mêmes résultats seraient obtenus contre les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

I. — Chirurgie du rein, par le professeur Czerny, de Heidelberg.
II. — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin, par le même.
III. — Sur l'oblitération des grandes cavités osseuses, par le professeur Lucke — Communications faites à la section de chirurgie, de la soixante-deuxième réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1889. Nº 43 et 44.

I. — Voici d'abord la statistique des opérations pratiquées sur des reins, par M. Czerny, depuis 1878 :

Néphrectomie, 33. — L'âge des malades était compris entre onze mois et cinquante ans. 47 0/0 des opérés ont survécu longtemps à l'opération. Celle-ci a été pratiquée :

a) 4 fois pour cause d'*hydronéphrose*; un des opérés a guéri, les autres sont morts d'urémie (pour cause d'insuffisance fonctionnelle de l'autre rein), de péritonite, ou de thrombose septique de la veine rénale.

b) 1 fois pour remédier à une *fistule uréthro-vaginale* ; la malade a guéri.

c) Dans 12 cas de *tumeurs malignes* des reins, adénome (1), carcinomes médullaires (2), sarcomes à cellules fusiformes (6), angio-sarcomes (3) ; de ces douze opérés, 3 ont échappé aux suites opératoires immédiates, mais 2 d'entre eux ont succombé à une récidive, l'un six mois, l'autre deux ans après la néphrectomie. Chez les 9 autres, la mort a été causée 5 fois par le collapsus, 2 fois par une péritonite, 1 fois par un œdème pulmonaire, 1 fois par le tétanos.

d) 11 fois pour une *suppuration rénale* (abcès des reins, pyonéphrose, tuberculose). Dans les cas de ce genre, l'abcès

rénal est généralement consécutif à une affection primitive des reins; les circonstances sont favorables à l'intervention opératoire. Neuf opérés sur onze ont guéri, un est mort de septicémie, l'autre a succombé huit jours après l'opération, pour cause d'absence congénitale de l'un des reins.

e) 5 fois pour une pyélite calculeuse compliquée d'une atrophie considérable du parenchyme rénal; deux opérés ont guéri, trois sont morts (urémie, hémorrhagie, coma diabétique).

NÉPHROTOMIE. — L'opération a été pratiquée 7 fois, dans des cas de pyonéphrose; 2 opérés sont morts; 4 autres ont dû subir après coup la néphrectomie; enfin, 1 dernier a éprouvé une amélioration considérable, à la suite de l'opération.

NÉPHROLITHOTOMIE. — 3 cas, chez des femmes, qui ont succombé toutes les trois, les deux reins étant malades.

PYÉLOTOMIE. — L'opération a été pratiquée dans 4 cas où on soupçonnait l'existence de *calculs du bassinet*. Deux fois seulement le diagnostic a été trouvé exact. Les lèvres de l'incision ont été suturées; une fois on a obtenu la cicatrisation par première intention. Dans les deux cas où on ne découvrit pas de calculs, les malades avaient des accès bien nets de coliques néphrétiques. Dans l'un des cas, celles-ci reconnaissaient pour cause une torsion de l'urèthre en forme de S, avec hydronéphrose consécutive temporaire. Dans ces deux cas, il fallut, plus tard, procéder à la néphrectomie, parce que les fistules ne voulaient pas guérir.

EXTIRPATION DE LA CAPSULE GRAISSEUSE DU REIN. — L'opération a été pratiquée 2 fois, pour des mixolipomes de dimensions colossales; guérison, dans les deux cas. Les reins n'ont pas été lésés.

Pour ce qui concerne la technique de la néphrectomie, M. Czerny donne la préférence à l'incision lombaire, comme étant moins dangereuse que la laparotomie. La ligature en masse du pédicule est effectuée avec un lien élastique d'abord, en arrière duquel on applique une ligature en soie. Toutes deux se détachent au bout de deux ou trois semaines.

M. Czerny s'élève contre la division du pédicule en deux portions, surtout dans les cas de pyonéphrose; on s'expose à ce que la ligature traverse les vaisseaux et occasionne des thrombus qui subissent la dégénérescence purulente.

Pour les soins consécutifs, M. Czerny emploie, depuis deux ans, le tamponnement de la plaie avec des tampons iodoformés, laissés en place pendant un intervalle de temps variable de 2 à 7 jours.

Quant au point de savoir en quel état de fonctionnement se trouve le rein sur lequel on n'opère pas, la seule méthode sûre, pour élucider cette question consiste à établir préalablement une fistule entre la paroi abdominale et le bassinet.

M. Czerny a communiqué d'autre part un cas d'extirpation partielle du rein, qui a été couronnée de succès. Le fait concerne un homme de 30 ans, qui, au mois de mars 1886, avait subi un traumatisme grave dans la région lombaire. Après l'accident, il était devenu sujet aux hématuries, à de violentes douleurs lombaires et à des vomissements, survenant par accès. L'urine rendue pendant ces paroxysmes était claire, puis, après émission de caillots vermiculaires, le malade se sentait soulagé. Le malade dépérissait. On l'examina, après l'avoir chloroformé. Le rein droit était augmenté de volume; à la palpation on atteignait facilement le segment inférieur. Une opération fut tentée au mois de novembre 1887. A travers une incision lombaire oblique, on énucléa le rein de sa capsule. Sur la face convexe de la glande, on découvrit une tumeur rénitente, bleuâtre, du volume d'une petite pomme, constituée par du tissu conjonctif (angio-sarcôme).

La tumeur fut incisée sur une longueur de 6 centimètres; on en retira, avec la cuiller, une bouillie formée par des grumeaux. Avec le doigt, on pénétrait dans le bassinet dilaté, et jusque dans les calices. On réséqua les lèvres de la plaie suivant une ligne elliptique, on diminua l'étendue de la plaie à l'aide de cinq sutures au catgut. Après un tamponnement avec de la gaze iodoformée, on remit le rein en place, et on tamponna également la plaie avec de la gaze iodoformée.

Pendant neuf jours, de l'urine s'écoula par la plaie. L'urine rendue par les voies naturelles devint de moins en moins albumineuse. La convalescence fut contrariée par divers accidents (pleurésie, diarrhées). Au mois de janvier 1888, le malade pouvait être considéré comme étant guéri. Il n'avait plus ni douleurs, ni hématurie; la fistule s'était oblitérée.

II. — Voici maintenant le relevé des opérations pratiquées par M. Czerny, depuis 1881, sur l'estomac et l'intestin.

a) OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC. — Le nombre des *laparatomies* pratiquées pour remédier à des affections de l'estomac s'est élevé à 41; 12 fois la laparatomie a été suivie de la *résection du pylore*: 8 fois pour un carcinome, 4 fois pour remédier à un rétrécissement de bonne nature. Deux des quatre opérés de cette seconde catégorie ont survécu à l'opération; chez l'un, l'opération remonte déjà à sept années. Cet homme a bon appétit, il travaille, il n'a pas de hernie, il ne porte pas de bandage.

Le nombre des *gastro-entérostomies* s'est élevé à 11; 5 ont été pratiquées suivant le procédé de Woelfler, et 6 suivant le procédé de Hacker. Pour que ce dernier procédé réussisse, il faut que l'estomac ait conservé une grande mobilité. — 7 opérés, sur 11, sont morts. M. Czerni a résumé son opinion dans ces quelques mots: dans le cas d'un carcinome circonscrit et bien mobile, il faut donner la préférence à la résection du pylore, et recourir à la gastro-entérostomie, lorsqu'il existe des métastases ou des adhérences un peu fortes.

La gastrostomie simple a été pratiquée 2 fois chez des personnes qui avaient avalé des épingles. Une fois seulement M. Czerni a réussi à découvrir le corps étranger.

Enfin, chez un malade, il a enlevé, il y a deux ans, un sarcome de la petite courbure de l'estomac: le sujet est bien portant depuis l'opération.

— Cette seconde communication de M. Czerni a fait l'objet d'un débat qui a porté sur les indications de l'intervention opératoire.

Dans les cas de carcinome de l'estomac, M. Lücke donne la préférence à la gastro-entérostomie; M. König est, au contraire, partisan de la résection du pylore, qui lui a donné de bons résultats. Toutefois, quand il découvre des ganglions envahis par la dégénérescence cancéreuse, c'est à la gastro-entérostomie qu'il a recours, opération relativement facile.

D'après M. von Eiselsberg, on a fait, à la clinique du professeur Billroth, de Vienne, 37 résections du pylore; 8 malades ont été opérés suivant le procédé de Woelfler; 5 sont morts; sur 11 qui ont été opérés suivant le procédé de Hacker, 6 ont succombé. M. Billroth ne s'adresse plus au procédé de Woelfler que dans les cas où la paroi postérieure de l'estomac est envahie par une infiltration carcinomateuse très prononcée. Après avoir pratiqué une incision longitudinale, et ouvert le péritoine, il fait une boutonnière dans le petit épiploon, pour pouvoir atteindre avec la main la paroi postérieure de l'estomac. L'interruption des communications entre l'estomac et l'intestin est opérée par la main d'un aide. L'estomac est entamé par la petite courbure. La plaie est fermée au moyen de trois étages de sutures. Pendant dix jours, le patient est

ensuite alimenté par la voie rectale. Sur l'ensemble des 37 cas de résections du pylore, 20 se sont terminés par la mort; 10 fois le dénouement fatal a été causé par une perforation (insuffisance du nombre des sutures); 1 fois la veine colique a été comprise dans la ligature. Dans 11 cas de carcinome, la guérison a été obtenue pour un temps plus ou moins long.

Pour les sutures, M. Billroth emploie de la soie spécialement préparée pour cet usage.

b) Opérations sur l'intestin. M. Czerny a pratiqué 22 fois la *résection de l'intestin*; 6 fois pour cause de carcinome du gros intestin, 4 des opérés sont morts; 6 fois pour cause de tuberculose; 4 fois pour remédier à une invagination de l'intestin; 6 fois pour remédier à une fistule. Dans les cas de cette dernière catégorie, il est nécessaire de procéder à une résection circulaire, autrement l'opération entraîne à sa suite un rétrécissement. Un seul des 6 opérés est mort, par suite d'une erreur de technique pendant l'opération.

III. — A la suite d'opérations ayant porté sur des os et laissé à leur suite des excavations considérables de ces organes, M. Lücke a eu recours à des procédés variés, pour combler l'excavation.

Ainsi à la suite de l'extraction d'un sequestre du tibia, il a perforé l'os des deux côtés avec le ciseau, en l'entamant par la face interne du canal médullaire. Il a préparé de la sorte deux coins osseux qui adhéraient encore au périoste et à la peau, et qu'il a fait basculer en dedans jusque dans l'excavation profonde. Ces deux fragments d'os se sont implantés à cette place avec une rapidité extraordinaire.

Une autre fois, après une sequestrosection ayant porté sur le condyle interne du fémur, dans un cas où il existait une ankylose du genou, de nature conjonctive, M. Lücke a ramené la rotule de bas en haut et l'a utilisée pour combler l'excavation qu'avait laissée à sa suite la sequestrotomie. Le résultat a été excellent.

La transplantation pratiquée suivant le procédé de Mac Ewen a également réussi dans un certain nombre de cas. M. Lücke utilise des fragments d'os munis de leur périoste qui déborde un peu; dans ces conditions, il arrive qu'aucune parcelle du fragment transplanté ne subit la nécrose.

M. Kraske a fait savoir qu'à la clinique chirurgicale de Fribourg, on utilisait jadis de la gaze iodoformée pour combler les excavations osseuses; depuis deux ans on emploie dans le même but des copeaux d'os, décalcifiés et rendus aseptiques, lesquels, une fois mis en place, sont résorbés et ne provoquent pas la moindre réaction. Ce procédé rend de bons services, surtout à la suite des résections nécessitées par une arthrite tuberculeuse.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LARYNGOLOGIE

I. — Dans un travail communiqué à la Société des Sciences médicales de Gannat, M. le Dr G. de Lamallerée démontre que l'acide carbonique est un anesthésique de l'arbre respiratoire (1). Il a retrouvé dans l'analyse de ses effets tant physiologiques que thérapeutiques, les diverses périodes des autres anesthésiques, premièrement excitation, ensuite sédation.

L'anesthésie est partielle, elle n'est peut être pas complète, mais son action se prolonge sans préjudice pour le sujet; et, pour le cas particulier des affections du larynx et des voies respiratoires qui sont le sujet de ce travail et celui des études de prédilection de l'auteur, n'est-ce pas une précieuse chose que d'avoir sous la main un agent aussi utile et d'un maniement aussi facile? C'est pour ces motifs que M. de Lamallerée crut devoir appeler l'attention sur le gaz carbonique.

II. — M. le Dr E. J. Moure de Bordeaux, a eu le mérite de créer un centre important d'études laryngologiques en province. Outre des *Annales* (1) d'abord trimestrielles, puis mensuelles, et qui viennent de devenir bimensuelles, il publie un Recueil clinique sur les maladies du larynx dont les deux premiers fascicules sont sous nos yeux (2).

Pour exprimer notre jugement sur l'ensemble de ce travail, nous devons attendre que la publication en soit terminée ou au moins un peu plus avancée. Qu'il nous suffise pour aujourd'hui d'en indiquer les principaux chapitres: 1° de l'œdème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques; 2° contribution à l'étude de la laryngite syphilitique; 3° de quelques formes rares de paralysies laryngée; 4° des kystes du larynx; 5° de la laryngite sèche; 5° du pronostic et du traitement de tuberculose laryngée; 7° de la laryngite catarrhale chronique avec poussées congestives au moment de l'apparition des règles; 8° épithélioma primitif du larynx; 9° contre l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée; 10° sur un cas d'aphonie simulée, et un cas d'aphonie nerveuse chez des enfants; 11° sur un cas de gomme syphilitique infiltrée de la moitié gauche du larynx; 12° sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë, etc., etc., (Polypes du larynx, pharyngite sèche, abcès de la cloison des fosses nasales, ozène essentiel ou coryza atrophique, chancre induré, gommes syphilitiques, fibro-sarcome des fosses nasales, traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache).

Ces divers titres représentent des faits cliniques; je me contente de les recommander à l'attention des médecins.

III. — Signalons encore du même auteur une communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, sur six cas de corps étrangers des voies aériennes (3). Dans les faits de ce genre, M. Moure conseille d'abord d'utiliser les lois de la pesanteur en mettant le malade la tête en bas, soit en plaçant le sujet sur une chaise et en lui imprimant des secousses dans le dos, soit en le suspendant par les pieds lorsqu'il s'agit d'enfants. Si ce moyen échoue, cas le plus habituel, il faudra recourir à l'extraction. Si le corps est placé à l'orifice du larynx, dans la région vestibulaire, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, à la condition d'avoir affaire à un sujet calme, tranquille se prêtant bien aux manœuvres laryngoscopiques. Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, l'on ne devra pas se priver des bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne, mais l'on se bornera à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui paraissent jouer ici un rôle très important.

Si le corps étranger a pénétré plus avant dans l'organe

(1) Du gaz acide carbonique et de son emploi dans les maladies du larynx et des voies respiratoires. Brochure in-8. Vichy, E. Bougarel, 1889.

(1) Annales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.

(2) Grand in-8 de 225 pages, 1884-1889, Paris, O. Doin, éditeur.

(3) Brochure in-8 de 24 pages. Paris, 1889. O. Doin, éditeur.

vocal et s'il est enclavé dans les ventricules de Morgagni on entre les cordes vocales, le mode d'extraction pourra varier presque avec chaque corps étranger. Quand ce dernier est aplati, lisse, difficile à prendre, si l'opérateur n'est pas absolument sûr de sa main, où craint de faire des manœuvres inutiles avant de saisir le corps du délit, il ne devra pas hésiter à pratiquer d'abord la trachéotomie, avant de chercher à l'extraire. Il évitera ainsi toute fausse manœuvre dont la conséquence pourrait être l'asphyxie brusque du malade. Si malgré des tentatives réitérées, le corps étranger ne pouvait être déplacé (pièces de monnaie, aiguilles, corps acérés) et enlevé par cette voie, on serait alors autorisé soit à ouvrir le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, ou à tenter l'extraction par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne ou thyro-hyoïdienne.

Enfin, dans les cas où le corps est au-dessous du larynx, dans la trachée ou dans les bronches, l'indication est beaucoup plus nette. En effet, bien que l'on ait pu enlever par les voies naturelles des corps étrangers de la trachée, M. Moure considère ces faits comme exceptionnels et repousse en principe ce mode d'action comme beaucoup trop hasardeux en pareils cas, seul, le traitement qui s'imposerait est l'ouverture de l'arbre aérien, au-dessous du cricoïde, autrement dit la trachéotomie.

IV. — L'activité scientifique du Dr E. J. Moure ne semblant pas trouver de débouchés suffisants dans les publications que nous venons de signaler, il vient de fonder avec le concours de deux agrégés de la Faculté de Bordeaux, M. A Pousson chirurgien, et M. W. Dubreuilh, médecin, un nouveau recueil paraissant en janvier et en juillet sous ce titre : *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* (1). C'est encore là un recueil de faits dont nous n'avons sous les yeux que les deux premiers fascicules. Nous sommes en droit d'espérer qu'il tiendra plus encore qu'il ne promet. C'est là une tentative nouvelle en France et qui mérite des encouragements, que la publication de faits cliniques presque sans commentaires. Ces encouragements, nous ne les marchanderons pas et nous y joignons nos meilleurs souhaits de succès.

Dr ALBERTUS.

REVUE DES THÈSES.

DE LA CONGESTION PULMONAIRE IDIOPATHIQUE CHEZ LES ENFANTS, par le Dr E. HAMON (Thèse, Paris, 1888, Steinheil).

Décrite et mise en place comme entité morbide par Woillez et Gadet de Gassicourt, la congestion pulmonaire est surtout fréquente chez les enfants qui y sont véritablement prédisposés. Un coup, un traumatisme sur la poitrine, un refroidissement, un air chargé de poussières toxiques ou irritantes, telles sont les conditions qui peuvent la provoquer.

Avec ou sans prodromes, le plus souvent d'emblée, éclatent les phénomènes qui caractérisent l'invasion de la maladie, phénomènes non constants et variables d'ailleurs : *la douleur thoracique, le frisson, la fièvre* qui s'élève jusqu'à 40° et 41°, puis sur les symptômes propres de la localisation morbide, *la dyspnée*, plus ou moins développée, pouvant aller jusqu'à l'orthopnée dans les cas graves : dans quelques-uns ce sont des *convulsions* qui marquent le début : cette période ne dépasse pas quelques heures, et fait bientôt suite à la période d'état.

Dans celle-ci, les symptômes précédents persistent, il s'y ajoute *de la toux*; une toux sèche, ou accompagnée de crachats spumeux, de consistance gommeuse; pénible, quintense la dyspnée s'exagère et le médecin peut constater les signes physiques qui sont: une *voussure* plus ou moins marquée du côté malade, par la mensuration du thorax, *une augmentation de la capacité thoracique*; *une matité* à la percussion, lorsque la congestion est superficielle, matité se confondant peu à peu avec la sonorité des parties saines ; ou au contraire une légère diminution du son, souvent inappréciable, lorsque le bloc congestionné est profond. Entre ces deux termes il y a tout une gamme de nuances cliniques. *La résistance au* doigt est seulement moins marquée que dans la pneumonie et dans la pleurésie. Quelquefois en avant sous la clavicule on a un son tympanique, mais qui coexiste avec un affaiblissement du murmure vésiculaire et une exagération des vibrations thoraciques, ce qui indique d'après les schèmes de M. Guancher un état congestif du sommet.

Les signes fournis par l'auscultation sont très variables : *faiblesse du bruit respiratoire*, *respiration puérile*, ou *granuleuse* ; *souffles divers*, sauf le *souffle amphorique*, en rapport comme siège avec la partie hyperhémie, souffle doux, souffle rudé ; enfin dans les congestions intenses, *retentissement* de la voix qui peut être *chevrotante*, mais sans attendre le degré observé dans la pleurésie ou dans la pneumonie; telles sont les modifications qu'apporte la maladie aux phénomènes stéthoscopiques normaux de la respiration : à côté on entend des bruits surajoutés : *râles crépitants* et *sous crépitants*, *râles sonores*, enfin dans quelques cas, véritable *gargouillement* et *râles caverneux*.

Ces signes physiques, si la congestion est profonde, peuvent manquer complètement, et force est de faire son diagnostic avec les signes fonctionnels seulement.

La caractéristique de la maladie, *c'est la brièveté* : 3 ou 4 jours de fièvre, et c'est tout ; la maladie est terminée complètement en 7 jours et terminée toujours par la guérison ; aussi doit-on être sobre de thérapentique militante, et parer seulement aux troubles fonctionnels, s'ils sont trop intenses.

Le diagnostic semblerait donc être de la plus grande simplicité. Néanmoins, au début il est permis pendant quelques jours du moins, d'hésiter et de redouter une bronchopneumonie ou une pneumonie lobaire. Un côté plus intéressant au point de vue pratique, c'est la possibilité de confondre la congestion pulmonaire avec un début de phthisie aiguë. Chez les enfants malingres, suspects d'hérédité, il est bon de garder une réserve prudente, et ce, d'autant plus facilement, qu'on sera fixé très vite sur la nature de la maladie.

Enfin une erreur qui se commet souvent c'est de diagnostiquer une pleurésie et même de ponctionner la plèvre ; la mobilité et la brièveté des symptômes propres à la congestion pulmonaire sont des données fondamentales pour ne pas égarer son diagnostic.

Dans un court chapitre consacré à la nature de la maladie, M. Hamon ne pense pas qu'elle puisse être de nature parasitaire. Peut être aurait-il pu relever quelques particularités qui feraient pencher en faveur justement de cette origine parasitaire : le frisson, le début brusque, l'herpès, la chute brusque de la température. Tout en restant dans une sage réserve, il aurait pu ainsi moins abréger son chapitre de physiologie pathologique c'est un simple regret d'ailleurs, au sujet de cet excellent travail.

Dr H. B.

ESSAI SUR LA CIRRHOSE TUBERCULEUSE. — G. LAUTH. (Thèse Paris, 1888, G. Steinheil).

Lorsqu'on parle à l'heure actuelle en France de cirrhose du foie, l'idée l'alcoolisme surgit de suite à l'esprit, comme fac-

(1) Paris, Steinheil, éditeur, et Bordeaux, chez Féret.

teur étiologique, et si dans ces dernières années la cirrhose chez les tuberculeux était étudiée et mieux décrite, il s'en fallait qu'on fût d'accord sur son origine; les uns avec M. Lancereaux et ses élèves, continuant à incriminer l'alcool, les autres (*Bellangé, Laure et Honorat, Hébrard*, etc.) admettaient qu'à elle seule la tuberculose est capable d'engendrer la cirrhose; c'est à cette idée doctrinale qu'est consacrée la thèse de *Lauth*, faite sous l'inspiration de *M. Hanot*.

On a dit que, au point de vue clinique le tubercule du foie est indifférent. C'est vrai, mais ce qui ne l'est pas moins c'est que l'imprégnation incessante des espaces portes par des produits tuberculeux puisés dans l'intestin, n'est pas sans danger, il est une lésion constante des foies tuberculeux, c'est, avec l'irritation des ramuscules portes aboutissant à ce qu'on a appelé l'hépatite interstitielle du tuberculeux *l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques de la périphérie du lobule*. Devant la fréquence des foies gras chez les tuberculeux on avait invoqué un trouble de la nutrition générale, etc., or, *l'infiltration graisseuse dont il s'agit semble bien être au contraire une lésion locale produite par les bacilles tuberculeux*, ainsi que M. Lauth l'avait déjà établi dans un travail paru dans les études sur la tuberculose de Verneuil, travail fait en collaboration avec M. Hanot. Outre cette stéatose, comme je l'ai dit, il y a des traces évidentes d'inflammation dans les espaces portes, envahissant également le tissu hépatique lui-même et pouvant aboutir à une formation de noyau tuberculeux. *Cette stéatose des cellules du foie, jointe à cette inflammation du système porte constitue le foie tuberculeux*. Cette stéatose d'ailleurs n'est pas une dégénérescence graisseuse, car la cellule hépatique conserve ses fonctions, quoique affaiblies.

Donc: *stéatose hépatique; cirrhose insulaire, diffuse*, aiguë tels sont les caractères de la cirrhose tuberculeuse, il est vrai que Lauth, qui les a cherchés avec grand soin pour étayer sa théorie, n'a pas rencontré de bacilles tuberculeux dans les les espaces portes, sauf au niveau de stubercules mêmes; mais depuis, la chose a été reprise expérimentalement, et d'ailleurs Cornil et Babès en ont trouvé dans un cas.

Quels sont les symptômes de la cirrhose tuberculeuse? un des signes fondamentaux, c'est l'*ascite*. A ce sujet Lauth discute le rôle que joue dans sa production la péritonite tuberculeuse qui accompagne si souvent l'affection hépatique. Or d'après lui l'épanchement dans le péritoine n'est point le fait de la péritonite, et qui dit ascite chez un tuberculeux, dit cirrhose tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, c'est un symptôme presque constant et sa marche peut être en tout semblable à celle de la cirrhose alcoolique; elle peut nécessiter la ponction contrairement à ce qu'avait dit M. Hutinel.

Dans l'ascite on note l'*ictère* surtout ultime et peu marqué, il correspond à la terminaison de la maladie par ictère grave.

Localement le foie est douloureux à la pression et spontanément; il déborde les fausses côtes. Il peut y avoir des crises de polyurie avec diminution de l'ascite; et de l'œdème des membres inférieurs, soit par cachexie, soit par néphrite.

La marche est rapide, et l'apparition de symptômes hépatiques chez un tuberculeux est d'un pronostic grave. A partir du jour où la lésion est installée l'aspect du malade est celui d'un cirrhotique se terminant par ictère grave subaigu.

Il est certain, ainsi que le fait remarquer Lauth que si au point de vue clinique tout tuberculeux qui offre des accidents du côté du foie peut être considéré comme un cirrhotique tuberculeux, il est certain aussi qu'envisagé au point de vue anatomique pur, le foie de tuberculeux offre des variétés nombreuses. Quelle part revient à la tuberculose, quelle part à l'alcoolisme il sera prématuré de le dire, mais ce qui est indéniable, c'est que si la tuberculose est capable par elle seule de créer une forme de cirrhose hépatique, l'alcoolisme peut aussi jouer un rôle et de prédisposition et d'action propre: de là les aspects variés et complexes *des lésions hépatiques chez les tuberculeux*; qu'on ne doit pas confondre avec la *cirrhose tuberculeuse proprement dite*.

Dans cet ordre d'idées, et à côté de celle-ci évoluant vers la mort avec ses caractères propres, se rangent des cas complexes: lésions tuberculeuses du foie, survenant chez des cardiaques, des scléreux, des vieillards dont l'affection pulmonaire est latente; dans ces cas, la symptomatologie hépatique est marquée par les affections spéciales des malades; il en est de même de ceux où la cirrhose tuberculeuse se greffe sur des foies déjà atteints de cirrhose atrophique ou hypertrophique, ou même d'hépatite nodulaire. Mais, laissons de côté ces cas à interprétation si difficile.

Ce qu'il faut retenir du remarquable travail de Lauth, c'est l'existence d'une cirrhose particulière, tuberculeuse, caractérisée par une sclérose insulaire diffuse, accompagnée de stéatose des cellules du foie.

DE L'EMBRYOCARDIE OU RYTHME FŒTAL DES BRUITS DU CŒUR, par H. GILLET (Thèse Paris 1888, G. Steinheil).

Sous le nom d'embryocardie, M. Huchard a décrit un rythme anormal des bruits du cœur, qui n'avait guère été signalé que par Stockes, et en termes assez vagues. Il consiste en une modification particulière et morbide des bruits du cœur: identité du premier et du second bruit, suppression du grand silence, de telle sorte que l'oreille distingue un rythme à deux temps réguliers, combiné avec une accélération des battements. La diminution du choc de la pointe, et l'affaiblissement des contractions cardiaques l'accompagnent toujours.

L'embryocardie est donc l'indice de l'affaiblissement de la force contractile du cœur; on la rencontre à la période ultime des affections cardiaques chroniques, et surtout des cardiopathies artérielles; et dans toutes les maladies infectieuses qui agissent sur la fibre musculaire; typhus fièvre typhoïde, scarlatine, variole, puerpéralité etc.; dans certaines intoxications comme dans celle par le chloral.

Lorsqu'on la constate à *titre permanent*, elle a dès lors un caractère des plus fâcheux; dans les maladies infectieuses, elle est l'indice que le cœur est touché, elle a dès lors une importance pronostique des plus graves. En général, son apparition est précédée d'une accélération notable des battements du cœur.

L'indication du traitement ressort des conditions dans lesquelles l'embryocardie apparaît. La caféine en injections relèvera la force tonique du cœur, l'ergotine en s'adressant aux vaisseaux relèvera la tension artérielle affaiblie.

OBLITÉRATION DES ARTÈRES CARDIAQUES ET LÉSIONS DU MYOCARDE, par P. BUDOR (Thèse de Paris 1888, G. Steinheil).

L'oblitération complète des artères coronaires, a, on le conçoit des conséquences vitales pour la nutrition du myocarde, et partant pour la fonction du muscle cardiaque. Elle peut se faire subitement, c'est le cas le plus rare: 1° par une plaque athéromateuse de l'aorte; 2° par embolie. La conséquence anatomique, c'est la mort des fibres musculaires qui deviennent granuleuses, et alors, ou le cœur se déchire, ou il se forme un infarctus qui subit toutes les phases habituelles de ce genre de lésion.

Les thromboses rapides également rares, produisent les

mêmes lésions, et sont la conséquence d'une endartérite diffuse des artérioles ainsi que M. Hayem l'a montré dans les maladies aiguës.

Mais la lésion sans contredit la plus fréquente, c'est l'athérome des coronaires, accompagné de thrombose. Dans ces cas deux sortes de lésions se montrent : 1° *la dégénérescence pure et simple* de la fibre musculaire sans trace de processus inflammatoire, accompagnée ou non de la formation d'un infarctus. Dès lors, c'est la rupture du cœur en imminence ; 2° Si la lésion athéromateuse est diffuse et porte sur un grand nombre de fines artérioles, on assiste alors à l'évolution d'une sclérose dystrophique, à la myocardite décrite par Weber dans sa thèse avec formation d'anévrysmes du cœur.

Quels sont les symptômes de l'occlusion subite des coronaires. La mort subite par syncope ne s'observe guère que dans la myocardite aiguë des fièvres graves, en dehors de ces faits la lésion qui nous occupe n'est qu'une cause prédisposante en ce sens qu'elle prépare le terrain de rupture.

Ce qu'on observe surtout, ce sont des signes d'aortite, dyspnée, douleurs retro-sternales, suivies de signes d'insuffisance cardiaque à marche parfois très rapide. C'est ce qu'on observe également dans le cas de thromboses multiples.

Tout autre est le syndrome clinique des oblitérations lentes par athérome. Celles-ci préparent la dégénérescence de la paroi, et la rupture du cœur est le dénouement dramatique qui termine la maladie, précédé de divers troubles qui peuvent faire soupçonner la lésion. Tels sont : les phénomènes d'affaiblissement cardiaque, l'angine de poitrine. Alors éclate, l'accident terminal ; ou bien la mort est subite, d'emblée; ou bien la syncope mortelle est précédée de douleurs vives rétrosternales, d'angoisse, de dyspnée, dans ces cas la déchirure du cœur est graduelle.

Dans la forme scléreuse, la mort se fait par rupture du cœur, par angine de poitrine, ou par syncope. Dans tous les cas, comme on le voit, il s'agit d'une maladie grave et rapidement mortelle.

Les accidents d'oblitération des artères coronaires, peuvent jusqu'à un certain point être évités par l'existence d'artérioles, accompagnant de préférence la coronaire postérieure, et pouvant jouer le rôle d'artères nourricières supplémentaires. Mais l'existence de ces artères est loin d'être un fait constant, puisqu'on ne peut guère en constater l'existence que dans un quart des cas environ. Leur rôle ne saurait donc être comparé à celui que joue par exemple le système porte accessoire dans le rétablissement de la circulation dans la cirrhose atrophique du foie.

BULLETIN

TRANSMISSION DE LA SYPHILIS PAR INSTRUMENTS. — STATISTIQUE DES INOCULATIONS ANTI-RABIQUES POUR 1889. — ACTION DU SANG SUR LES MICROBES.

— Il y a toujours profit à répandre et à vulgariser des faits semblables à ceux que M. Lancereaux est venu exposer mardi devant ses collègues de l'Académie : les intéressés, qui comprennent la masse du public, y peuvent trouver en effet un enseignement salutaire et un avertissement propre à les mettre en défiance désormais vis-à-vis de certains contacts acceptés ordinairement sans contrôle et dont le danger pourtant est loin d'être simplement théorique. La science possédait déjà un certain nombre de cas analogues, dont quelques-uns mémorables par le bruit qui s'est fait autour d'eux, par les procès retentissants qu'ils ont provoqués et dont l'issue n'a pas toujours servi à souhait l'honneur de la profession médicale. Nous pourrions rappeler à ce sujet l'émotion soulevée il y a nombre d'années par la divulgation de quelques faits démontrant la possibilité de la transmission de la syphilis par l'intermédiaire d'instruments explorateurs, (cathétérisme de la trompe d'Eustache).

Les victimes en appelèrent aux tribunaux compétents et les condamnations prononcées alors donnèrent la mesure effective du degré de responsabilité que le médecin peut encourir, pour avoir négligé les précautions de propreté élémentaires que la doctrine de l'antisepsie a érigé de nos jours en dogme fondamental.

Ces réflexions trouvent leur place à la suite de la remarquable communication de M. Lancereaux. Ici encore la preuve de l'inoculation par instruments est nettement établie, saisie sur le fait pour ainsi dire ! On peut suivre pas à pas la filiation des accidents et constater la concordance chronologique parfaite de leur moment d'apparition avec l'époque présumée de l'infection. Dans le premier cas, celle-ci reconnaît pour cause un cathétérisme explorateur de la trompe d'Eustache ; dans le deuxième, elle succède manifestement à une opération faite sur la bouche par un dentiste pour préparer l'application d'un râtelier.

Dans l'un et dans l'autre cas, elle se manifeste d'abord au niveau du point lésé qui devient le siége de l'accident initial, du chancre ; quelques semaines, elle affirme sa généralisation et sa prise de possession de l'organisme par l'apparition de poussées éruptives secondaires absolument caractéristiques (siphylides papulo-pustuleuses acéniformes). Rien de plus net, de plus classique qu'un pareil enchaînement. Le diagnostic ici peut être fait rétrospectivement et s'affirme avec une précision absolue. Il n'y a aucun doute, c'est bien le contact d'un instrument chargé de virus spécifique qui a été le point de départ de cette série d'accidents graves. Comme toujours en pareil cas, le pronostic reste entouré de réserves. Les considérations tirées de l'âge des malades, de la situation particulière de la porte d'entrée, de la forme et de l'intensité des manifestations secondaires revêtent ici une importance vraiment exceptionnelle. Bref, l'avenir des malades paraît enveloppé d'une redoutable obscurité.

On comprendra donc, sans qu'il soit nécessaire d'insister d'avantage, toute la portée de ces deux cas malheureux. Pour l'instant nous voulons seulement faire ressortir les conclusions qui s'en dégagent au point de vue prophylactique, ces conclusions devant trouver leur sanction à l'avenir dans le domaine de la pratique. C'est principalement la nécessité d'une antisepsie rigoureuse comme préface à toutes les opérations, voire les plus minimes, qui se pratiquent dans la cavité buccale, réceptacle habituel d'un grand nombre de microbes pathogènes et comme telle extrêmement suspecte vis-à-vis du contact opératoire ; c'est l'obligation de soumettre les instruments à un nettoyage périodique, minutieux et répété entre chaque séance. M. Magitot, avec sa compétence éprouvée, a insisté sur ces divers points, sur la convenance qu'il y aurait à utiliser le pouvoir antiseptique du sublimé comme moyen de stérilisation parfaite et sans danger. M. Lancereaux s'est associé à ces propositions qui s'appliquent également aux coiffeurs dont les instruments servent encore trop souvent de véhicule au virus syphilytique. On pourrait donner de la force à ces conclusions en les appuyant de l'argument tiré de l'intervention judiciaire, qui reste compétente quand il s'agit de déterminer les responsabilités et de fixer le chiffre de l'indem-

nité à laquelle les victimes peuvent prétendre du fait de leur contamination démontrée. On peut craindre néanmoins que ces vœux et ces propositions ne restent stériles, et que faute de sanction pratique et de surveillance dans l'application, les uns et les autres ne restent indéfiniment dans le domaine des choses purement spéculatives.

— La publication des résultats obtenus dans le traitement préventif de la rage à l'Institut Pasteur, pendant la période qui s'étend de novembre 1888 à novembre 1889, produit une impression aussi satisfaisante que celle des résultats obtenus dans les années précédentes : elle semble ajouter un titre de plus à ceux que la méthode de notre illustre compatriote s'est acquis auprès de la confiance publique. Cette fois encore, le chiffre de la mortalité, à la suite des inoculations préventives, s'exprime par une fraction très faible : 13 morts, sur un nombre total de 1,810 personnes vaccinées, cela représente une proportion de 0,73 p. 100. Deux remarques paraissent sortir de ces chiffres : la première, relative au nombre de plus en plus faible des décès après le traitement : ce nombre est présentement inférieur à 1 p. 100, alors que la mortalité consécutive à la rage en dehors du traitement atteint la proportion énorme de 15 p. 100; la deuxième, engendrée par ce fait que la mortalité après inoculations est à peu près la même, qu'il s'agisse de morsures par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou de morsures par des animaux simplement suspects. Soit dit en passant, cette dernière remarque autorise à croire que le diagnostic présumé de rage, chez les animaux mordeurs qui disparaissent sans laisser de traces, est en général parfaitement fondé.

Il semble donc que la méthode Pasteur ait triomphé de toutes les objections et qu'elle ait affirmé d'une manière définitive son éclatante supériorité. Nous devons pourtant faire la part de certaines critiques assez plausibles qui ont été formulées récemment, moins contre la méthode elle-même que contre une interprétation trop absolue de son mode d'action. A propos de trois cas de morsures rabiques traités par l'inoculation pastorienne, M. Lancereaux émettait récemment certaines réflexions qui semblent propres à justifier les réserves auxquelles nous venons de faire allusion. Les victimes, trois jeunes garçons mordus par le même chien reconnu atteint de rage, avaient subi les inoculations préventives. Deux d'entre eux restèrent indemnes, le troisième mourut avec tous les symptômes de la maladie. Comment expliquer cette différence dans les résultats d'un traitement uniforme, appliqué à des cas en apparence identiques? Doit-on attribuer la terminaison funeste du premier cas à ce fait que la morsure n'avait pas été cautérisée immédiatement après l'accident, ainsi que cela avait été pratiqué pour les autres? Ou faut-il l'imputer à la profondeur de cette morsure, circonstance qui avait bien pu favoriser la pénétration immédiate du virus au contact d'un des troncs nerveux de la région et son transport ultérieur rapide vers le centre cérébro-spinal? On pourra discuter sur le degré de probabilité de chacune de ces hypothèses : on ne peut nier que le fait en lui-même soit défavorable à la méthode pastorienne. Pourtant, celle-ci avait été appliquée de bonne heure, suivant toutes les règles, c'est-à-dire dans des conditions propres à en assurer le succès. M. Lancereaux a fait ressortir ces difficultés particulières de l'interprétation : selon lui, il faut, dans l'appréciation de ces cas malheureux, tenir compte de plusieurs données parmi lesquelles le fait de la profondeur de la blessure et de l'imprégnation directe d'un filet nerveux par le virus paraît avoir une importance prépondérante. Il estime également que l'on doit faire entrer en ligne de compte l'absence de cautérisation après morsure : cette précaution autrefois si recommandée est tombée en discrédit depuis la découverte pastorienne, mais on doit reconnaître que des faits pareils à ceux que nous venons de rapporter constituent à son appoint un argument d'une valeur incontestable. Il convient enfin de remarquer, avec M. Lancereaux, que les considérations tirées de la statistique pure ne sauraient suffire quand il s'agit de juger la valeur du traitement; il faut entrer dans l'examen des cas particuliers et alors on y trouve matière à des objections auxquelles il reste encore à trouver une réponse satisfaisante.

— Les recherches de microbiologie sont une des préoccupations principales de notre époque scientifique : les publications incessantes qu'elles font naître sont là pour montrer que cette étude n'a pas cessé d'être en faveur auprès de ceux qui se complaisent dans le domaine des infiniment petits. Un savant Russe, M. Metchnikoff, a étudié dernièrement le rôle que les cellules animales jouent vis-à-vis des microbes dans l'organisme : ce rôle, d'après lui, serait essentiellement défensif et les cellules seraient chargées d'une fonction, la phagocytose, qui tend à la destruction incessante des espèces microbiennes. Dans cette hypothèse, l'immunité naturelle ou acquise ne serait autre chose que la résultante longuement préparée des actions individuelles exercées ainsi par les cellules. C'est là une théorie ingénieuse et qui mérite de prendre date, bien qu'on ne puisse entrevoir encore pour elle de démonstration immédiate, ni même prochaine. Une autre question, très voisine de celle-là, est celle de l'action que le sang exerce sur les microbes. Il paraît que cette action est réelle et qu'elle est destructive vis-à-vis de certaines variétés de bactéries : mais elle s'exerce seulement dans certaines conditions. Elle est à son maximum quand le sang est frais et disparaît dans l'état contraire : elle disparaît également lorsque le sang a été chauffé à une température de 55°. Des deux éléments constituants du sang, sérum ou globules, auquel doit-on attribuer cette action? Des expériences précises autorisent à prononcer en faveur du sérum ; de plus, il apparaît comme très probable que l'action destructive est plus spécialement le fait d'une substance de l'ordre des diastases, qui entre dans la composition du véhicule normal des globules. Quoi qu'il en soit, l'antagonisme démontré du sang et des microbes, paraît avoir une certaine portée au point de vue de la pathologie générale, car il est légitime de croire que cette action bienfaisante du sang s'exerce dans bien des circonstances en fournissant à l'organisme un secours qui permet de lutter jusqu'à la destruction complète des microbes envahisseurs ou tout au moins jusqu'à leur élimination définitive (crise urinaire). Ces procédés de lutte indirecte sont en quelque sorte l'image agrandie de ceux que la thérapeutique médicale emploie couramment.

P. Muselier.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret du 19 octobre ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe, les médecins aides-majors de 2me classe dont les noms suivent : Marcus (Charles-Joseph-Camille); Simonin (Pierre-Edouard-Jules); Bérard (Maxime-André); Renard (Charles-Henry); Rnotte (Paul); Ecot (Félix-Auguste-Antoine-Napoléon); Licht (Louis-Fréderic); Renaud (François-Albert); Maison (Théodore-Prosper); Zipfel (George-Léon); Robelin (Marie-Emile-Abel); Jantet (Louis-François-Emile); Griffe (Charles-Joseph-Gaston-Marie); Jaubert (Etienne-Joseph-Léon-Lois-Jacques); Spillmann (Marie-Georges-Joseph); Keim (Mau-

rice-Désiré-Victor); de Burine (Achille-Alexandre); Cahen (Lucien); Castelli (Emile-Jean-Baptiste-Jérôme-Nicolas); Viéla (Louis-Emile Firmin); Venner (Marie-Louis-François-Edgard); Cardot (Marie-Auguste-Georges-Léon-Guérin); Delporte (Pierre-Eugène); Bayle (Léon-Léger); Piquot (Joseph-Baben); Rivière (Guillaume); Tersen (Gustave-Léon); Méchin (Claude-Emile); Launois (Jules-Ernest); Sudre (Pierre); Foy (Charles-Julien-Marie); Frache (Marie-Pierre-Raymond); Papon (François-Marie); Poujol (Jean-Jacques-François); Messerer (Alexandre-Charles); Ferrand (Gabriel-Adolphe); Batut (Jean-Marie-Bernard); Chevassu-Périgny (Marie-Olivier-Emile); Leymarie (Charles-Louis-Henri); Campos-Hugueney (Charles-Henri); Leclerc (Emile-Charles-Antoine); Baillé (Guillaume-Jérôme-Marie-Paul); Lafforgue (Félix-Jean-Ultime); Arnauld (Odilon-Paul-Jean); Fuzerot (Auguste-Albert-Marie); Courtois (Marie-Zéphirin-Antoine-Frédéric); Galzin (Paul-Emile); Goulon (Paul-Joseph-Marie); Benoit (Constant-Paul); Collet (Bernard-Joseph-Victor-Saturnin); Bouchet (Léopold-Marguerite); Augry (Charles-Armand); Wenzinger (Marie-Symphorien-Marcel); de Montety (Jules-Lucien-Frédéric); Peyret (Octave-Pierre-Elisabeth); Pierron (Paul-Albert); Manon (Joseph-Marie-Marcel); Riche (Joseph-Jean-Marie); Martin (Armand-Léon-Jean); Cuvier (Georges-Victor); Apard (François-Hippolyte-Clair-Lucien); Jouet (Jean-Gustave); Lévy (Moïse-Prosper); Barrière (Marie-Louis-Joseph-Raymond-Etienne-Prosper); Vialette (Louis-Joseph-Mathien-Alexandre); Marion (Claude-Marie-Joseph); Beno (Charles-Joseph); Barbière (Emile-Georges-Louis); Chabrol (Julien-Pierre;

ERRATUM. — C'est M. le Dr Danjoy et non *Daufuy*, dont nous avons eu le regret d'annoncer la mort dans le précédent numéro.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des lipomes transformés ou déhénérés, par le Dr Lardier, chirurgien de l'hopital de Rambervillers. = Imprimerie Ch. Méjeat, Rambervillers, 1889.

De l'isolement et de la désinfection dans la rougeole, par le Dr Lardier. — Rambervillers, Ch. Méjeat, imprimeur, 1889.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 OCTOBRE AU SAMEDI 2 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine. 4. — Coquelnche, 10. —Diphtérie, croup, 22. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, 38. — Autres, 1. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 13.—Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë, 21. — Bronchite chronique, 31. — Broncho-pneumonie, 14. — Pneumonie, 54 —Gastro-entérite des enfants : Sein, 14 — Biberon, 49. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 9. — Fièvre et péritonite puerpérales. 1. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 31. — Suicides, 16.—Autres morts violentes, 6. —Autres canses de mort, 136.—Causes inconnues, 41,—Total : 879.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

60e Année. 7e Série. Tome VI — N° 46 — 16 NOVEMBRE 1889.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.

NEUROPATHOLOGIE

Des troubles moteurs dans la paralysie générale, par MM. Georges Lemoine, professeur à la Faculté de Lille, et J. Lecordonnier.

(*Suite*) (1)

V

Physiologie et anatomie pathologique. — Existe-t-il chez les paralytiques généraux qui présentent un degré marqué de l'incoordination motrice, tels que ceux dont on peut trouver les observations dans la thèse de M. Lecordonnier, des lésions spéciales du système nerveux pouvant rendre compte de cette ataxie ? C'est une question qui n'a pas encore été posée, l'incoordination de la paralysie générale ayant jusqu'à présent passé inaperçue en tant que symptôme capital. Il va sans dire que nous ne parlons pas des cas très rares et même douteux où il y a coexistence des deux maladies, l'une étant la conséquence de l'autre.

A défaut de lésions spéciales systématiques, celles que l'on trouve communément dans la paralysie générale peuvent-elles expliquer la présence de phénomènes ataxiques ? Tels sont les termes du problème. Pour le résoudre nous ne pouvons guère nous appuyer que sur deux autopsies, où l'examen histologique du système nerveux a été fait par l'un de nous à l'asile de Bailleul. Il nous est donc impossible de tirer une conclusion précise de l'examen de deux cas qui peuvent être isolés et qui, en tout cas, ne peuvent être donnés que comme des documents d'attente.

On attribuait autrefois les troubles moteurs du paralytique à des lésions de la moelle et l'on supposait qu'ils étaient d'autant plus prononcés que la moelle était plus profondément atteinte ; on distinguait même plusieurs formes de paralysie générale, céphalique, spinale, cérébro-spinale, selon que les troubles psychiques ou les troubles moteurs étaient prédominants ou simplements associés. Comme conséquence de cette théorie, on suppose que les lésions des zônes psycho-motrices donnent naissance aux délires et à l'altération des facultés intellectuelles, et celles de la moelle aux désordres physiques de la maladie.

Les lésions observées sur la moelle dans la paralysie générale sont tout aussi irrégulières dans leur distribution et différentes dans leur nature que celles de l'encéphale. Les méninges rachidiennes sont lésées de la même façon que les méninges cérébrales : la dure-mère est épaissie, la pie-mère est tantôt injectée et vivement colorée et tantôt, au contraire pâle et infiltrée de sérosité, avec des traînées blanchâtres le long des vaisseaux. Les adhérences entre les méninges et l'écorce de la moelle sont assez fréquentes : M. Magnan a indiqué dans les formes spinales l'existence d'une myélite diffuse ; dans d'autres cas il peut y avoir une inflammation diffuse atteignant, selon les points, les cordons latéraux, les cordons postérieurs

(1) Voir les précédents numéros.

FEUILLETON

Un mémoire de Jacques Daviel.

Suite (1).

En effet lorsque dans la première ponction l'humeur acqueuse s'est échappée, l'iris poussé vers la paroi interne de la cornée, par l'effort que fait l'humeur vitrée pour se porter au devant, où la résistance n'est plus la même, alors l'opérateur ayant de la peine à parvenir au point opposé du cercle de la cornée, par la crainte qu'il a de percer l'iris, il se trouve contraint d'ouvrir la cornée, une ligne ou deux en deçà du point de réunion de la sclérotique avec la cornée, alors continuant son incision, comme il coupe sur une surface sphérique, il s'approche toujours du centre de la cornée d'où il résulte une section irrégulière qui ne peut produire qu'une cicatrice difforme trop proche de la pupille.

(1) Voir les numéros précédents.

Telle est la vraie raison de cet inconvénient, qui est plus ou moins remarquable, selon que les yeux, sont plus ou moins saillants ou mobiles. Il ne m'est pas nécessaire de m'étendre davantage sur les accidents qui résultent de cet instrument, il sera aisé d'en faire l'application à certains égards par similitude lorsque je parlerai de celui de M. Berranger.

Je n'aurais pas grand'chose à dire de l'instrument de M. De La Haye ; sa grosseur et sa figure nous préviennent assez que ce chirurgien ne l'a point cru peut-être propre à être employé sur des yeux humains, mais les difficultés que lui oppose M. Berranger, me donnent lieu à faire quelques réflexions essentielles dans la pratique des maladies des yeux.

M. De La Haye veut que son instrument soit tranchant sur les deux bords, pour éviter l'effort que l'opérateur est obligé de faire pour vaincre la résistance de la cornée. Sans ce double tranchant (dit ce chirurgien) le globe de l'œil se trouve du côté du grand-(1) ..., ce qui allonge beaucoup l'opération, et empêche l'o-

(1) Mots illisibles.

et même toute l'épaisseur de la moelle. Nous avons constaté, dans les deux cas dont nous reparlerons, une sclérose périépendymaire.

Il était tout naturel de rattacher à ces altérations médullaires les phénomènes de paralysie, de contracture et d'incoordination observés chez les malades, mais la découverte des localisations cérébrales et des centres moteurs transforma ces idées. Hitzig, puis Foville publiérent des observations de paralysie générale sans lésions spinales et conclurent que les troubles paralytiques étaient liés aux lésions de l'encéphale. La paralysie des membres serait due d'après Foville (Académie de médecine, 5 décembre 1876), à une lésion de leurs centres moteurs et à l'impuissance fonctionnelle en résultant ; les autres troubles moteurs reconnaîtraient une origine semblable. Cette interprétation est très soutenable et elle est sans doute exacte dans beaucoup de cas, nous doutons cependant qu'elle le soit pour tous.

Avant de rechercher quel est le siège des lésions qui produisent l'incoordination, il est bon de se rendre compte aussi exactement que possible du mécanisme en vertu duquel elle se produit. Cela nous ramène à l'étude de la physiologie pathologique de l'ataxie en général; nous nous trouvons alors en présence des trois théories principales de Pierret, d'Onimus et de Bondet, qui mettent en cause soit des paralysies transitoires peu accentuées, soit des contractures, soit une modification de la tonicité musculaire.

Il est bien difficile de préciser quel est celui de ces facteurs qui est l'origine des mouvements ataxiques chez les paralytiques généraux ; très probablement chacun d'eux prend une part à leur formation. Cependant une étude attentive des symptômes présentés par les malades aux différents stades de leur affection, montre que les contractures sont extrêmement fréquentes et qu'elles sont un des symptômes dominants. Ainsi que nous l'avons montré précédemment on les rencontre à tous les degrés, depuis la raideur passagère d'un muscle jusqu'à la contracture permanente. Les muscles des paralytiques sont le siége de contractures incessantes, mais de très courte durée ; elles existent surtout à l'occasion des mouvements ; elles sont réveillées par les excitations mais elles se montrent aussi pendant le repos et peuvent devenir permanentes vers la fin de la vie. Nous rappellerons que leur caractère particulier est d'occuper des portions de muscles et des faisceaux de fibres, et non pas des muscles entiers ou des groupes musculaires : c'est du reste ce caractère très spécial qui a fait méconnaître leur fréquence et leur importance. Ces raideurs sont beaucoup plus marquées, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, chez les sujets qui présentent de l'ataxie des mouvements à un haut degré. C'est pourquoi nous les considérons comme l'élément essentiel de cette ataxie.

Ces contractures sont en tous points semblables à celles qu'Onimus a remarquées dans le tabes dorsalis, et nous pouvons dire d'elles qu'elles sont la cause de l'incoordination dans la paralysie générale tout comme elles le sont, d'après Onimus, dans le tabes. Ces contractures ou ces raideurs comme on voudra les appeler sont bien plus fréquentes chez les paralytiques généraux que les paralysies transitoires ; les deux existent cependant ainsi que le prouve la présence assez fréquente de paralysies transitoires des muscles de l'œil ; ces deux facteurs, par conséquent, entrant en jeu, soit à part, soit simultanément pour produire l'ataxie fibrillaire spéciale aux paralytiques, mais certainement le rôle prépondérant revient aux contractures. Ce sont elles qui limitent les mouvements, les empêchent de s'accomplir complètement, ou encore les font cesser alors qu'ils commençaient à peine à donner un effet utile. Indépendantes de la volonté, ces contractures troublent les mouvements volontaires. Le malade veut saisir un objet, mais les muscles qu'il met en jeu pour cela se dérobent à sa volonté ; ils se fléchissent ou s'étendent avec une énergie qui dépasse celle qui est nécessaire ; une force considérable est dépensée et le but n'est pas atteint ou l'est avec peine. Il se produit là un défaut de mesure entre la force développée et le but à atteindre ; la faute en est à ces contractures qui se surajoutent au mouvement commandé, sorte de tremblement à grandes oscillations déterminé par les contractures fibrillaires.

Cette tendance aux contractures transitoires et diffuses est donc l'essence même des désordres moteurs de la paralysie générale, et l'incoordination motrice elle-même lui est subordonnée. C'est elle qui apparaît la première au début des troubles physiques de la maladie, elle va en s'exagérant et en amenant une impotence de plus en plus complète.

La recherche des lésions anatomiques qui tiennent sous leur dépendance l'incoordination motrice se ramène donc à celle des altérations des centres nerveux qui sont capables de pro-

---

pérateur de faire parvenir la pointe de son instrument à l'extrémité du rayon qu'il devait atteindre. Ces deux accidents sont vrais; mais la cause qu'on leur reconnaît n'est pas juste, car, ajoutez un tranchant de plus : les difficultés ne changeront certainement point. M. Berranger en expose plusieurs qu'il regarde comme dangereuses et souvent sans ressources, telles sont : 1° la section presqu'entière de la cornée ; 2° une playe faite à la paupière supérieure ; 3° les mauvais effets du sang et du pus épanchés, 4° enfin le risque où est l'opérateur d'entamer le globe de l'œil avec le double tranchant.

Je dis : 1° Que cette section de la partie supérieure de la cornée ne peut être considérable, ni dangereuse à moins que l'opérateur ne portât son instrument de bas en haut avec une certaine violence. Mais si en traversant la cornée, il appuye sur la partie inférieure, ainsi que cette méthode l'exige, la section ne sera jamais plus grande qu'avec l'instrument de M. Berranger.

2° Le tranchant en question n'est jamais à découvert que la section ne soit faite, comment peut-on supposer qu'il put faire une playe à la paupière supérieure, il n'y aurait donc que la pointe qui produirait cet accident, mais pourquoi celle de l'instrument de M. Berranger aurait-elle le privilége de l'éviter. D'ailleurs pour que cette difficulté ait lieu dans l'un et l'autre instrument, il faut supposer une force qui pressât la paupière contre la pointe. La pesanteur ne suffit certainement pas pour faire cette playe, quoi qu'en dise M. Berranger.

3° Que par une cause quelconque il y ait playe, par conséquent effusion de sang, bientôt appres du pus même, cela ne produirait aucune impression funeste sur le globe, ainsi que M. Berranger veut nous le faire acroire. Il m'est arrivé plusieurs fois de couper l'iris, pour faciliter l'issüe d'une grosse cataracte, la chambre antérieure était pleine de sang; j'en faisais sortir une partie et la nature en faisait repousser le reste. Bien plus apprès une opération de cataracte, j'ai sacrifié en même temps les paupières gorgées et jamais la supuration légère qui en résultait n'a produit aucun accident, ny léger, ny funeste. Enfin j'ai opéré des malades qui avaient des fistules lacrimales : à chaque pansement les emplâtres étaient couverts de supuration, les paupières en étaient humectées, la conjonctive elle-même sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient.

Les objections de M. Berranger ne sont pas étayées de faits de

duire des contractures. Ainsi compris le problème se trouve simplifié, car on possède alors des données plus certaines.

Dans une série de travaux publiés par ses élèves, l'un de nous a démontré que chez les paralytiques généraux les lésions de l'écorce sont souvent l'origine de troubles moteurs divers, contractures, spasmes, mouvements choréiformes, etc. (Sage, Thèse de Lyon 1884. — Mongin. Thèse de Paris 1887. — Massou. Thèse de Lille 1888). Dans tous les cas où ces désordres existaient, l'autopsie et l'étude histologique ont permis de constater des altérations de la substance grise au niveau des centres moteurs des membres atteints. D'autre part, il est probable que les cellules voisines des points touchés peuvent devenir à un moment donné, sinon d'une façon continue, sous l'influence d'une excitation reflexe, le point de départ de mouvements normaux. Ainsi qu'il est dit dans le travail de Mougin, il est à supposer qu'une cellule motrice qui est normalement un centre de mouvements coordonnés soumis à l'action de la volonté, peut devenir un centre de mouvements anormaux et involontaires, quand elle est sous le coup d'une compression de voisinage, d'une atrophie de ses éléments ou d'une inflammation quelconque.

La prolifération conjonctive qui, dans la paralysie générale, envahit progressivement et finit par détruire les cellules nerveuses, est un type d'irritation pathologique lente : c'est elle qui est la source des troubles variés de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité que présentent les malades ; rien d'étonnant à ce qu'elle soit aussi l'origine de l'ataxie du mouvement, puisqu'à un degré plus élevé du processus elle provoque des mouvements choréiques. On peut en dire autant des petites hémorrhagies ponctuées, des congestions locales, des ramollissements imperceptibles, des altérations des méninges et des autres lésions que l'on trouve à la surface des centres moteurs dans la paralysie générale. Il existe à notre avis, toute une catégorie de malades dont l'incoordination motrice et la tendance aux contractures proviennent de l'action exercée par des lésions ayant pour siège les couches corticales du cerveau.

Mais si ces contractures transitoires et l'ataxie spéciale qu'elles engendrent peuvent être sous la dépendance des lésions de l'écorce, elles peuvent aussi reconnaître dans d'autres cas, une origine différente, par exemple une lésion du faisceau pyramidal. Brissaud insiste sur ce fait qu'une sclérose complète d'un point quelconque du faisceau pyramidal amène une contracture permanente, une sclérose moins avancée, une contracture permettant encore quelques mouvements; une sclérose plus atténuée encore, de l'incoordination pure et simple. Quand le tractus moteur n'est pas intéresssé dans sa continuité, mais seulement irrité par contiguïté, il en résulte une imminence spasmodique permanente qui se traduit par des mouvements saccadés de flexion et d'extension.

Ce sont ces mouvements très saccadés, très irréguliers, s'exagérant pendant les actes volontaires, résultat de contractures de courte durée, qui amènent l'incoordination. A leur degré le plus faible, ils donnent du tremblement; quand ils sont plus prononcés, ils déterminent quelque chose de plus, l'ataxie. Or c'est à une irritation des centres moteurs ou des cordons moteurs qu'on doit les rattacher. On admet que, dans la sclérose en plaques, la prolifération des éléments conjonctifs entoure et comprime les tubes nerveux sans toutefois détruire les cylindres d'axe. Il en résulte qu'au lieu de mouvements réguliers elles donnent naissance à des mouvements saccadés qui n'atteignent qu'à grande peine le but qu'ils se proposent. De même dans la paralysie générale, l'inflammation diffuse qui existe autour des cellules et des tubes nerveux altère suffisamment leur fonctionnement pour augmenter l'amplitude des petits mouvements inconscients et changer la direction de ceux qu'ordonne la volonté.

Nous pensons que l'ataxie musculaire qui existe dans la paralysie générale est due à l'irritation d'un point quelconque du système nerveux, cellules ou tubes, encéphale, moelle ou nerfs, et qu'elle est seulement plus ou moins accentuée selon les régions qui sont atteintes.

VI

Cependant il y a certains faits qui semblent s'écarter plus ou moins de cette règle; tels sont par exemple les deux cas que nous avons pu étudier en détail à l'asile de Bailleul et où les lésions médullaires prédominantes consistaient en des lésions de l'épendyme et de la sclérose péri-épendymaire. Il s'agit de deux femmes qui avaient présenté des phénomènes ataxiques exagérés (leurs observations sont consignées dans la thèse de M. Lecordounier) et dont l'autopsie était par suite très intéressante pour nous. En voici le résumé :

I. B..., 34 ans. — Les lésions que l'on remarque sur les mé-

---

ses pratiques et la théorie seule les ayant dictées, il n'est pas étonnant que l'expérience les démente. La quatrième difficulté qu'il oppose à l'instrument de M. De La Haye est insoutenable si on ne suppose dans l'opérateur qui s'en servirait une maladresse extrême. Cet instrument d'ailleurs a trop de deffauts, pour que M. Berranger se donne la peine de supposer ceux qu'il n'a pas.

Venons maintenant à l'examen de son instrument supposé préférable à l'usage des ciseaux. J'en ai fait l'essai sur les yeux de cadavres, en voicy le résultat, il ne manquera surement point d'être conforme sans doute à celui de messieurs les commissaires.

Malgré la peine que l'opérateur trouve à fixer d'abord l'œil dans une situation, où la prunelle doit être parallèle à l'ouverture des paupières avant que la première ponction soit faite, j'en trouve une bien plus grande lorsque l'instrument est entré dans la chambre antérieure.

1° L'humeur acqueuse s'échape entièrement à peu de chose près. Le fait est vrai, quoique M. Berranger le nie absolument. Cette proposition étant démontrée, tous les accidents que cet oculiste reconnaît par là dans l'instrument de M. De La Haye sont les mêmes dans le sien ;

2° Le globe est porté par la direction de l'instrument vers le nez et on ne peut avec sureté avancer cet instrument dans la chambre antérieure, si avec un doigt de la main qui n'opère pas on ne pousse le globe vers le petit angle, difficulté ordinaire, très incommode et difficile à vaincre ;

3° En vain on fait effort de porter la pointe pour percer à un point également distant du centre de la cornée, presque toujours la seconde ponction s'approche plus près de la pupille que la première, selon que l'œil est porté plus ou moins en dedans.

4° L'iris s'est trouvé coupé quelquefois, surtout du côté du nez, quoiqu'il n'y ait pas de ressort dans l'iris d'un cadavre. Cet inconvénient arrivera presque toujours dans un œil vivant, ou cette partie conserve une action très vive.

5° La convexité de cet instrument tournée vers la cornée coupe cette membrane en bec de flûte, c'est-à-dire..., plus de la lame interne que de la lame externe : inconvénient capable de rendre la cicatrice plus large et plus proche de la prunelle, par conséquent plus difforme.

ninges et l'encéphale sont celles que l'on rencontre habituellement chez les paralytiques ; les méninges rachidiennes ne présentent pas des lésions apparentes, elles ne sont pas épaissies. Le bulbe et la moelle n'offrent rien de particulier à l'œil nu. L'examen histologique des centres moteurs du cerveau permet de constater les altérations très marquées habituelles à la péri-encéphalite, mais rien de spécial. L'examen de la moelle montre les particularités suivantes.

A la région cervicale supérieure avec l'oculaire 1 et l'objectif 2 de Vérick, on constate une prolifération diffuse de tissu conjonctif à la phériphérie de la moelle, principalement sur les bords des cordons de Goll, des zones radiculaires postérieures et de la partie postérieure des cordons latéraux. Au niveau de la racine postérieure gauche, on observe une zone de tissu conjonctif très dense qui borde la périphérie de la moelle et se trouve liée par des adhérences avec les méninges. La racine posterieure gauche est donc le point d'élection de la prolifération conjonctive. Le canal de l'épendyme est le siège d'une inflammation dont le point de départ paraît difficile à préciser mais qui a produit une oblitération complète de sa lumière. La périphérie du canal est envahie par du tissu conjonctif fasciculé, tandis que la région centrale est remplie de cellules vivement colorées en rouge par le carmin acétique et pressées les unes contre les autres.

Ces lésions vont en diminuant d'intensite au fur et à mesure que les coupes se rapprochent de la région dorsale ; au niveau de celle-ci, on observe toujours les mêmes lésions du canal de l'épendyme, mais le cercle conjonctif formé à sa périphérie est beaucoup moins épais que plus haut. En un mot, les lésions vont en diminuant d'intensite au fur et à mesure qu'elles s'éloignent de la région cervicale.

Les autres régions de la moelle ne paraissaient pas altérées.

Avec l'oculaire 1 et l'objectif 6, les régions enflammées se montrent sous l'aspect suivant : au centre de la coupe, le canal de l'épendyme est remplacé par une masse de cellules épithéliales irrégulières de formes très granuleuses, à noyaux peu distincts et qui paraissent en voie de régression embryonnaire Celles qui occupent le centre sont des cellules jeunes tout à fait rondes, les autres ont un type épithélial d'autant plus marqué qu'elles sont situées plus près des bords du canal. Le tissu conjonctif qui occupe tout le pourtour constitue une zone assez épaisse, formée par des bandes de tissu fasciculé entre lesquelles se voient de nombreuses cellules fixes. Les vaisseaux artériels et veineux qui avoisinent l'épendyme, ont des parois très épaisses, par suite de la transformation en tissu fasciculé de la couche adventice.

Aucune lésion des cellules des cornes anterieures.

La relation de l'autopsie de Nœg..., dont l'observation clinique signale des troubles moteurs étendus et en particulier des phénomènes ataxiques, présente les plus grands rapports avec la précédente. Pour les lésions de l'encéphale et des méninges il y a même similitude à peu près complète. Voici ce qui concerne l'étude histologique de la moelle.

II. Nœg..., décédée le 2 mai 1889, âgée de 38 ans. Les altérations existent surtout à la région cervicale. A un faible grossissement, on voit à peine le canal épendymaire qui est remplacé par une zone inflammatoire colorée en rouge vif, et constituée par des cellules jeunes au centre et une bordure du tissu conjonctif. L'inflammation partant de la région centrale se prolonge sur les racines postérieures sous l'aspect de bandelettes rouges qui tranchent avec la teinte rose verdâtre des parties saines. La zone gélatineuse de Rolando présente un développement exagéré. Les cornes anterieures semblent posséder un nombre de cellules légèrement inférieur au nombre normal, et çà et là il existe comme de petits points inflammatoires autour des vaisseaux. Pas d'inflammation à la périphérie de la moelle, pas de lésions méningées.

A un grossissement plus fort le canal de l'épendyme se présente comme une mince fente bordée par un épithélium enflammé ; les cellules épithéliales en voie de prolifération ont perdu leur aspect habituel, elles sont remplacées par des cellules jeunes arrondies, tassées les unes contre les autres en groupes réguliers qui s'enfoncent dans l'épaisseur des parties voisines. Au-dessous d'elles on voit des cellules embryonnaires puis des fibrilles de tissu conjonctif dissociées formant un anneau incomplet autour du canal. Ces lésions se continuent d'une façon à peu près égale sur les racines postérieures, sous forme de traînées de cellules embryonnaires qui dissocient les tubes nerveux. Ces signes d'inflammation sont surtout évidents sur les bords des racines ; à leurs parties centrales, les lésions inflammatoires sont beaucoup moins accentuées et l'on n'y voit que des cellules jeunes disséminées entre les tubes ner-

---

6° Avant que la section soit entièrement faite, la pointe de l'instrument va blesser le grand angle de l'œil surtout dans des yeux vifs et enfoncés, à moins que l'opérateur attire en dedans le globe : et c'est alors où la cornée est fortement tiraillée qu'elle se vide et que l'œil souffre des distentions qui doivent séparer intérieurement la rétine d'avec la choroïde ; événement funeste toujours annoncé par la supuration de cet organe.

Souvent la section faite par cet instrument est trop basse, aussi la conjonctive se trouve-t-elle coupée. Je dis même qu'il est presque impossible qu'on évite la section de cette membrane, ou du côté du petit, ou du côté du grand angle, ou à la partie inférieure de la cornée, si l'opérateur n'a soin de terminer l'opération en portant du côté de la cornée le tranchant de l'instrument et empêcher que son plus grand diametre ne parcoure tout le segment du cercle qui doit être coupé ;

7° La main de l'opérateur est suspendüe, ainsi elle ne saurait être fort à son aise : il faut qu'il fasse agir son instrument du bout des doigts avant que la pointe ait attrapé un point d'appui du côté du nez. De cette position peut solide, l'œil pout être ébranlé, inégalement comprimé par les mouvements inévitables de la main et du globe. Alors l'humeur vitrée s'échappe et l'effort plus ou moins violent qu'elle est obligée de faire sur les parties internes de l'œil produit des accidents plus ou moins formidables ;

8° Il faut que l'opérateur soit ambidextre, il est bien plus avantageux pour lui de n'avoir à se servir. dans des opérations aussi délicates, que de la main droite.

9° Quel sera l'usage de cet instrument, lorsqu'un opérateur rencontrera des yeux petits, enfoncés, des paupières étroites ; c'est alors où il devient absolumen impraticable, mais lorsqu'un œil sera saillant et très mobile à quels dangers le malade ne sera point exposé, s'il vient à remüer avant que la pointe soit parvenue au point opposé de la première incision. Ou il faut retirer l'instrument, ou la pointe percera l'iris, incisera la cornée vis-à-vis de la prunelle, ou enfin l'humeur vitrée précédera par son issue prompte celle de la cataracte ; quels inconvénients...

Toutes ces circonstances rendent encore une opération souvent bien longue, à moins qu'au hasard, et d'un coup hardi, on coupe la cornée pour rendre l'opération plus courte, mais plus dangereuse. Cet échange ne manquerait pas d'être fait par quelques oculistes qui s'attachent seulement à chercher le neuf, le brillant

veux, l'élément conjonctif y est rare A la phériphérie de la moelle il y a peu d'épaississement de la pie-mère.

Les cornes antérieures sont envahies par un assez grand nombre de petites cellules rondes, d'antant plus nombreuses que la région où on les examine est plus rapprochée du centre de la moelle. Les grandes cellules motrices sont légèrement granuleuses, plus petites que d'habitude, et leurs prolongements sont plus nombreux.

A la région dorsale, les lésions se présentent à peu prés sons le même aspect. Le canal de l'épendyme est complètement envahi par un réticulum fin du tissu conjonctif, au milieu duquel existent des cellules embryonnaires, mais plus une seule cellule épithéliale ; le tissu conjonctif fasciculé est beaucoup plus abondant et forme un cercle très large. La même chose s'observe sur les racines postérieures qui sont envahies par des tractus fibreux peu épais, mais abondants, qui les pénètrent dans leur moitié postérieure. Les cordons latéraux offrent aussi des bandes de tissu de sclérose autour des vaisseaux. Les tubes nerveux sont altérés dans toute cette région ; en beaucoup d'endroits ils ont perdu leur myéline, tandis que leur cylindre-axe paraît avoir augmenté de volume. Tantôt leurs gaînes sont revenues sur elles-mêmes, tantôt elles sont dilatées; dans quelques endroits on voit deux cylindres-axes dans la même gaîne. Des lésions semblables s'observent aussi plus haut dans la région cervicale. Toutes ces lésions s'atténuent très sensiblement à la partie moyenne de la région dorsale; les lésions de l'épendyme et de la zone périépendymaire subsistent seules plus bas.

VII

Il est difficile de tirer une conclusion de l'étude de ces deux moelles, et quoiqu'elles aient appartenu toutes les deux à des sujets ayant présenté pendant la vie une ataxie musculaire très prononcée, il serait hasardeux de dire qu'elles ont provoqué ces désordres. En effet les lésions cérébrales concomittantes pouvaient tout aussi bien les produire. La plupart des lésions médullaires que nous avons constatées dans ces deux cas sont celles qu'on observe habituellement dans la paralysie générale spinale ; tels sont les bandes de sclérose qui pénètrent le pourtour de la moelle, l'épaississement du tissu conjonctif des vaisseaux, l'envahissement des racines postérieures par des traînées inflammatoires, l'atrophie relative des cornes antérieures, etc., mais il en est une qui a été à peine signalée et qui a, selon nons, une grande valeur, c'est la sclérose périépendymaire consécutive à une degénérescence de l'épithélium de l'épendyme.

Cette altération a pour origine un processus inflammatoire ayant débuté par l'épithélium du canal; ce qui le prouve, c'est que, sur certaines coupes, le canal est seul malade, les régions voisines étant saines.

Sa lumière est obstruée par de petites cellules épithéliales desquamées, par des cellules embryonnaires et quelquefois par de grosses cellules neuro-épithéliales détachées de la paroi. Ces lésions peuvent se comparer à celles qui existent à la surface des ventricules, chute du revêtement, inflammation des parties sous-jacentes, congestion, puis sclérose aboutissant à la formation soit de villosités, soit de petites anfractuosités. La structure de la membrane épendymaire du canal médullaire étant à peu de choses près la même que celle de l'épendyme des ventricules, on s'explique sans peine que ces organes puissent être atteints de la même façon. Cette prédominance des lésions autour des espaces lymphatiques et des vaisseaux vient une fois de plus, soit dit en passant, à l'appui de la théorie qui fait de l'altération des humeurs l'origine de la paralysie générale.

Peut-on établir un rapport physiologique entre cette sclérose centrale et les mouvements ataxiques? Nous ne le croyons pas. En effet, les maladies qui sont caractérisées uniquement par une sclérose ainsi localisée, telles que la myélite périépendymaire de Hallopeau et la syringo-myélie ne s'accompagnent pas de désordres semblables. D'autre part il faut dire que l'atrophie musculaire qui est de règle dans ces deux maladies ne s'est pas montrée chez nos malades, bien que la localisation fût la même. Cela nous montre quelle est l'obscurité qui règne encore sur la connaissance des fonctions des parties centrales de la moelle et nous engage à réserver notre jugement.

BIBLIOGRAPHIE.

Bouillaud. Nosographie médicale, tome IV. p. 552, 1846. — Lunier. Annales méd. psych 1849. — Skae. Edimburg-Journal 1860. — Baillarger. Annales méd psych. 1862. — Jaccoud. Paraplégies et ataxies du mouvement, 1864. — Magnan. Gazette des Hôpitaux 1866 et 1870. — Tribune médicale 1881. — Poincarré et Bonnet. Ann. méd. psych. 1868. — Bouchereau, Magnan, Falret, Foville. — Société méd. psych. 1872-73. — Foville. Annales méd. psych. 1873 — Onimus. Gazette hebdomadaire 1878. — Paraut. Revue médicale de Toulouse 1879. — Demange. Revue médicale de l'Est 1881. — Charcot. Leçons du mardi 1887-88, p. 5 et 6. — Pierret. Cours de la Faculté de Lyon 1887-88. — Lecordonnier. Thèse de Lille 1889.

---

et le léger dans l'opération, avantage faible et toujours à craindre dans un organe aussi mobile, aussi délicat dont les parties sont rapprochées dans un petit espace.

L'usage de cet instrument sur les yeux des vivants vérifiera les accidents que je lui impute à bon droit. Ces instruments sont plus communs à l'instrument de M. de la Haye qu'à celui de M. De La Faye; on en jugera aisément à la seule inspection.

J'ai reffuté les faibles objections qu'on oppose aux ciseaux dont je me sers : pour les deffendre les faits ont été mes guides, et pour les attaquer, M. Berranger n'a donné que des idées qui malheureusement ne s'accordent pas avec l'expérience. Que l'Académie juge maintenant si l'on doit rejetter ma méthode, que les succès les plus multipliés confirment, pour adopter celle que la pratique ne connaît point et que la théorie dénuée de toute prévention démontre susceptible de dangereux et inévitables inconvénients.

J'avertis en finissant que si l'Académie exige un détail plus circonstancié des faits que j'ai avancés dans ce mémoire, je suis prêt à la satisfaire pour achever, s'il le faut, de la convaincre.

Ma satisfaction sera parfaite, si favorisant mes vûes, elle ne reconnait dans mon dessein que l'utilité publique et l'honneur de la chirurgie.

Lu à l'Académie royale de chirurgie le 25 décembre 1756.

Daviel.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Par arrêté en date du 1er novembre 1889, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est autorisée à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — Par arrêté en date du 4 novembre 1889, un concours s'ouvrira le 10 mai 1890 à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CLINIQUE MÉDICALE

DES EFFETS DES CANTHARIDES INGÉRÉES EN NATURE,
par le Dr Paul FABRE (de Commentry).

Si les préparations cantharidiennes ont été souvent employées dans un but aphrodisaque ou criminel, c'est surtout sous forme de teinture, de cantharidine. Mais l'ingestion de cantharides en nature est assez rare pour que j'aie cru intéressant de publier le fait suivant qu'il m'a été donné récemment d'observer.

OBSERVATION. — *Ingestion de cantharides pulvérisées. — Hématurie. — Cystite. — Absence de priapisme. — Guérison en quatre jours.*

Le nommé X..., âgé de 29 ans, domestique, d'une bonne constitution, ingère le 10 juillet 1888, à sept heures du matin, la valeur d'une cuillerée à café de cantharides pulvérisées un quart d'heure après avoir mangé sa soupe.

Ces cantharides, il les avait recueillies quelques jours avant sur un des lilas du jardin de son patron.

Je le vois à quatre heures du soir. Il a un vase entre ses jambes car il a constamment le besoin d'uriner. Il éprouve une démangeaison persistante à l'extrémité de la verge, et vers le col de la vessie, une cuisson intense toutes les fois qu'il vient d'émettre quelques gouttes d'urine. Il n'y a pas d'érection et X... m'affirme n'en avoir pas eu depuis le matin. L'urine est rouge sanglante. Il n'y a pas de douleurs dans la région lombaire, pas même à la pression. Pas de sensation de chaleur dans la gorge ni à l'épigastre. Il n'y a eu ni nausées ni vomissements, Le pouls est à 68. L'anxiété du patient est extrême. Tout son corps est couvert d'une sueur froide. Le visage est très pâle. Les yeux sont excavés.

Je prescris de la décoction de graine de lin en boisson, de l'eau albumineuse, des pilules ainsi formulées :

Extrait de ratanhia.............	1 gr.
Ergot de seigle pulvérisé.........	1
Extrait thébaïque	0 gr. 15

pour 10 pilules, à prendre de deux en deux heures. On donnera des lavements avec de la décoction de graines de lin toutes les deux heures. Des cataplasmes de farine de lin devront être appliqués sur le bas-ventre et fréquemment renouvelés.

Le 11, je vois mon malade à midi. Il n'a pas dormi. Il souffre un peu moins et n'a pas eu d'érection. Je lui prescris en boisson de l'eau de lin et de la tisane de réglisse; comme aliments du lait et des œufs.

Les urines sont toujours sanglantes. Examinées au microscope, les globules abondent; chauffées, elles fournissent un épais nuage d'albumine.

Le 12, X... prend une médecine noire du Codex. Je le vois le soir, les selles ont été nombreuses. Il urine encore tous les quarts d'heures.

Le 13. Dans la nuit et le matin, le malade n'a uriné que toutes les heures. Depuis midi, il urine toutes les demi-heures et même toutes les vingt minutes. Les urines, encore rouges, sont plus claires, transparentes même. Il n'y a pas eu d'érection. X... a faim — je lui permets de manger deux œufs et de prendre du café en boisson.

Le 14. L'état général s'améliore. Néanmoins le chauffage et l'acide nitrique décèlent la présence de l'albumine dans les urines.

Le 16. Le mieux s'accentue.

Le 17. Plus d'albumine dans les urines, X... se lève et commence à vaquer à ses occupations. Il a grand appétit. La guérison est complète.

RÉFLEXIONS : I. — Si les cantharides ne semblent pas avoir produit d'effet local sur les premières voies digestives, n'est-ce pas tout simplement parce qu'elles avaient été avalées après l'ingestion d'une assiette de soupe? L'estomac se trouvant à demi rempli, n'a pu subir l'action directement irritante des cantharides; et la poudre n'a agi qu'après absorption sur l'ensemble de l'organisme, et spécialement sur les reins et la vessie.

II. — C'est donc à l'absorption, au passage dans le sang de ces cantharides que sont dues et l'hématurie notable et la cystite que j'ai constatées.

III. — A l'encontre des observations publiées jusqu'à ce jour et des théories émises et soutenues dans nos ouvrages classiques, on n'a pu, dans le fait que je viens de relater, constater le moindre priapisme, ni même la moindre érection durant la période de quatre jours, au bout desquels les accidents aigus de cet empoisonnement étaient disparus.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE.

I. — SUR L'ACTION DES ASTRINGENTS, par le Dr R. HEINZ, *Virchow's Archiv*. T. CXVI, fasc. 2, p. 220, 1889.

II. — SUR L'ÉLIMINATION DU FER PAR LES URINES, par le Dr GOTTLIEB. *Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*. T. XXVI, fasc. 3 et 4, p. 139, 1889.

III. — ACTION DES PRÉPARATIONS DE ZINC SUR LES REINS, par le Dr HELPUP. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1889, n° 38, p. 782.

IV. — RECHERCHES PHARMACOLOGIQUES SUR LA LOBÉLINE DU LOBELIA INFLATA, par le Dr DRESER. *Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*. T. XXVI, fas. 3 et 4, p. 237,

V. — SUR LE THIOL, par le Dr BUZZI, assistant à la clinique dermatologique du professeur SCHWENNINGER, de Berlin. *Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1889, T. VIII, fasc. 7.
— LE THIOL ET L'ICHTHYOL, par le Dr Max LANGE. *Ibidem* 1889, fasc. 9.

VI. — L'ACIDE PICRIQUE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATIDES, par le Dr G. CALVELLI. *Gazzeta degli ospitali*, 1889, n° 8.

I. — Les recherches que M. Heinz a entreprises, au laboratoire de l'institut pharmacologique de Berlin, pour étudier l'action physiologique d'un certain nombre de substances astringentes, ont donné les résultats suivants :

Le tannin, l'alun, et les sels des métaux lourds, plomb, zinc, fer, cuivre, argent, mercure, appliqués sur le mésentère de la grenouille sous forme de solution étendue, produisent une constriction vasculaire ; celle-ci est de courte durée, et fait place à la distension des vaisseaux lorsque les dites substances sont appliquées à l'état de solution concentrée. Le nitrate d'argent paraît faire exception à cette règle, et ne produire que des effets vaso-constrictifs. Mais l'exception n'est qu'apparente. Quand on prolonge les applications d'une solution de nitrate d'argent à 0,1 0/0, à la constriction vasculaire initiale succède la vaso-dilatation. Quand, d'emblée, on applique une solution forte de nitrate d'argent, l'effet vaso-constrictif produit par les premières parcelles de nitrate d'argent qui pénètrent dans les vaisseaux ne peut plus se transformer en effet vaso-dilatateur, parce que les couches externes des vaisseaux sont devenues rigides, par suite d'une véritable coagulation. En somme, tous les astringents exercent sur les vaisseaux une

action topique similaire, variable suivant l'état de concentration de la solution astringente employée. En égard au degré de concentration minimum nécessaire pour que les substances astringentes manifestent leur action vaso-constrictive, M. Heinz fournit les renseignements suivants :

Le degré minimum de concentration est de 0,005 0/0 pour le sublimé ; — de 0,01 0/0 pour le nitrate d'argent, l'acétate de plomb et le sulfate de zinc ; — de 0,05 0/0 pour le sulfate de cuivre, le sesquichlorure de fer, le tannin, l'alun.

Pour ce qui concerne le degré de la constriction vasculaire produite par l'application de ces différents astringents, M. Heinz mentionne que le nitrate d'argent produit très souvent l'effet constrictif maximum ; l'acétate de plomb et le sulfate de zinc produisent ce résultat un peu moins souvent ; le sublimé, le sulfate de cuivre, le sesquichlorure de fer produisent des effets vaso-constrictifs intenses, mais qui ne vont jamais au maximum. Avec le tannin et l'alun, l'effet vaso-constrictif est moins prononcé.

Quelques expériences faites sur des animaux à sang chaud ont donné des résultats sensiblement concordants.

D'autres expériences, faites avec le tannin, ont démontré qu'avec le rétrécissement vasculaire produit par les applications de cet astringent coïncide un abaissement de la pression intra-vasculaire, preuve, selon M. Heinz, que le tannin agit sur le centre vaso-moteur en le paralysant, et non en l'excitant.

L'action vaso-constrictive des astringents énumérés ci-dessus n'est pas suffisante pour rendre compte de leur action styptique. Celle-ci est liée à l'action coagulante des substances en question, et cette action coagulante ne s'exerce sur le sang qu'autant que ce liquide vient en contact direct avec la substance astringente. Encore ne se forme-t-il des caillots un peu fermes qu'avec le tannin, le nitrate d'argent et le sesquichlorure de fer. Dans les expériences qui ont été faites sur l'oreille du lapin, préalablement soustraite à l'influence du grand sympathique, il s'est fait voir que les hémorrhagies capillaires sont arrêtées par l'application d'une solution de tannin à 10 0/0 ou d'une solution de sesquichlorure de fer à 20 0/0. Pour arrêter les hémorrhagies ayant leur source dans des veinules, il a fallu employer des solutions de tannin très concentrées, ou des solutions de sesquichlorure de fer à 8-10 0/0.

Une dernière série d'expériences a fourni la preuve que l'application des astringents sur le mésentère de la grenouille, mis en état d'inflammation, empêche ou arrête la diapédèse des leucocytes. Par là s'expliquerait l'action antiphlogistique des astringents. Encore faut-il que ceux-ci ne soient pas employés en solutions trop concentrées, sans quoi ils provoquent ou favorisent l'inflammation, au lieu de la combattre.

II.—On a contesté que le fer, ingéré par les voies digestives, fût absorbé en quantités appréciables. M. Gottlieb a institué des expériences pour élucider cette question. Il a fait prendre du citrate de fer (trois fois par jour 0,2) à une personne bien portante, du carbonate de fer (0,6 pro die) à un aphasique, et des pilules de Blaud (trois fois par jour 3 pilules) à un paralytique général, les trois sujets étant soumis à un régime alimentaire uniforme, avant et pendant l'expérience, et les analyses d'urines ayant démontré qu'avant l'expérience, la quantité de fer éliminée par la voie rénale se maintenait à un niveau fixe. Chez les trois sujets, la quantité de fer, contenue dans les urines, a baissé dans les premiers jours de l'administration du fer, pour augmenter ensuite, sans jamais dépasser le chiffre physiologique. Peut-on conclure de là que rien n'était absorbé du fer ingéré *per os* ?

III. — Dans les observations d'empoisonnement, accidentel ou professionnel, par les préparations de zinc, on ne trouve signalé que très exceptionnellement l'existence d'altérations rénales. Honsell a publié, il y a une vingtaine d'années (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1866, n° 18), l'observation d'un jeune homme qui, dans un but de suicide, avait avalé 90 gr. d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Le malade s'est rétabli après dix-sept jours de traitement ; du deuxième au quatrième jour, il avait présenté les signes, bien accusés, d'une néphrite : albuminurie abondante, cylindres épithéliaux dans l'urine, constitués par l'épithélium rénal en voie de dégénérescence.

M. Helpup s'est donné pour tâche d'étudier par voie expérimentale, l'action des préparations de zinc sur le rein. Les expériences ont porté sur 15 lapins et 4 chats qui ont été empoisonnés au moyen de l'acétate ou du chlorure de zinc ; le toxique était administré en partie *per os*, en partie par la voie hypodermique. Chez 9 lapins et chez 2 chats, l'empoisonnement a occasionné une néphrite parenchymateuse, avec dégénérescence graisseuse très avancée de l'épithélium rénal. Chez 2 autres animaux, les lésions rénales survenues dans le cours de l'empoisonnement se sont réduites à de l'hyperhémie ; enfin, chez 2 lapins et chez 2 chats, les reins sont demeurés indemnes. Il est à noter que le zinc ne s'élimine point par ces organes.

De tout cela, M. Helpup conclut que, selon toute apparence, on n'a pas jusqu'ici accordé une attention suffisante à l'état des urines et aux altérations rénales, dans les cas d'empoisonnement par les préparations de zinc.

IV. — M. Dreser a résumé dans les termes suivants les résultats de ses recherches sur le principe actif de la lobelia inflata, principe actif qu'il a isolé à l'état de chlorure double (cristallisé) de platine et de lobéline, suivant un procédé qu'il décrit en détails :

La lobéline, le seul principe actif de la lobelia inflata, est un alcaloïde fixe, qui n'a rien d'un glycoside, et qui, moyennant certaines précautions, peut être obtenu à l'état de combinaison saline platinique ; une partie de ce sel se dépose sous forme de cristaux, tandis que l'autre partie, la plus considérable, se présente à l'état amorphe. Toutes deux, d'ailleurs, sont douées des mêmes propriétés pharmacologiques.

Les animaux à sang chaud, empoisonnés au moyen de la lobéline, succombent aux suites de la paralysie respiratoire ; la lobéline compte donc parmi les poisons de la respiration.

Chez les grenouilles, l'action physiologique de la lobéline se manifeste d'abord par la paralysie des mouvements volontaires, et par une exagération concomitante du pouvoir réflexe ; plus tard, ces premiers effets se compliquent d'une paralysie des terminaisons des nerfs moteurs, analogue à celle qu'engendre le curare.

Par son action paralysatrice sur le nerf vague cardiaque, la lobéline se rapproche des substances du groupe nicotine.

Chez les animaux à sang chaud, l'action prédominante de la lobéline consiste dans une forte excitation de l'activité respiratoire ; il se produit une accélération des mouvements respiratoires, qui persiste plus longtemps, les nerfs vagues étant intacts, que lorsque ces nerfs ont été sectionnés. En outre, l'ampleur des mouvements respiratoires augmente, le plus souvent dans des proportions considérables, de même que la puissance d'innervation des muscles respirateurs.

Déjà sous l'influence de doses de lobéline relativement faibles, l'action d'arrêt qu'exerce sur le cœur l'excitation du nerf vague et ses effets de contraction du côté des muscles des bronches se trouvent supprimés.

Les muscles respirateurs recevant une plus grande quantité

d'influx nerveux du centre respiratoire, lorsque celui-ci est influencé par la lobéline, il en résulte un accroissement du travail fourni par ces muscles, accroissement qu'on peut mesurer d'une façon précise.

Comparativement à d'autres agents d'excitation des fonctions respiratoires, la lobéline offre sur l'acide cyanhydrique l'avantage de n'entraîner que beaucoup plus tardivement la paralysie de la respiration.

De ce qui précède, on peut conclure que l'emploi de la lobéline à titre d'anti-asthmatique est justifié, lorsque les indications auxquelles répond cette médication existent réellement. A l'expérimentation clinique de trancher la question de savoir sous quelle forme il est préférable d'administrer la lobéline.

V. — Le thiol est, comme l'ichthyol, nn mélange d'hydrocarbures sulfurés, rendu soluble par voie de sulfuration. Le thiol convenablement épuré a une odeur faiblement bitumineuse, qui n'est pas désagréable, et un goût amer, astringent. Le thiol qu'on trouve dans le commerce de la droguerie se présente sous deux formes distinctes : à l'état de thiol liquide, qui n'est qu'une solution aqueuse de thiol (45 0/0), de consistance sirupeuse, et le thiol sec, à l'état de poudre très fine, d'un brun foncé, entièrement soluble dans l'eau, et ne s'altérant pas quand il est en suspension dans ce liquide.

Le thiol est un succédané de l'ichthyol et réussit aussi bien que ce dernier dans le traitement des dermatoses telles que la séborrhée, l'acnée vulgaire, l'acnée rosacée etc. L'ichthyol sec se prête particulièrement à l'usage interne, et pour la préparation des poudres destinées à l'usage externe.

— M. Lange émet sur la valeur du thiol nn jugement moins favorable. Les expériences comparatives qu'il a faites avec le thiol et l'ichthyol, administrés *intus* et *extra*, ont toujours tourné à l'avantage de ce dernier. Il n'y a donc pas de raisons sérieuses de substituer le thiol à l'ichthyol, dans la pratique dermatologique.

VI. — M. Calvelli représente l'acide picrique comme nn remède doué d'une grande efficacité dans le traitement de diverses dermatoses caractérisées par une inflammation cutanée. Ainsi dans le cours d'une épidémie d'érysipèle, l'auteur a obtenu les meilleurs résultats en recourant aux badigeonnages d'acide picrique. L'efficacité de la médication s'est révélée notamment dans des cas d'érysipèle grave avec délire furieux, coma prolongé et adynamie. Voici les effets que M. Calvelli attribue aux badigeonnages d'acide picrique, employés dans les cas d'érysipèle.

Au siège de l'inflammation spécifique, la tension excessive et douloureuse des tissus fait place à de l'empâtement, et cela quel que soit le siège de l'érysipèle. En l'espace de douze à vingt-quatre heures l'inflammation locale se transforme en œdème. Naturellement la maladie a une durée plus longue lorsqu'elle évolue sous les dehors de l'érysipèle migrateur, et alors, chaque nouvelle poussée érysipélateuse est annoncée par un retour de la fièvre.

D'autre part, dans un cas de lymphangite survenue chez un sujet goutteux, comme complication d'une carie et d'une nécrose des phalanges des doigts de pied, les applications locales d'acide picrique ont dissipé très rapidement la rougeur et l'endolorissement.

Enfin les badigeonnages d'acide picrique ont été très efficaces dans un grand nombre de cas d'eczéma et d'érythème.

Relativement au mécanisme d'action de l'acide picrique, l'auteur avance que la solution médicamenteuse, en imbibant les cellules de la couche cornée, forme à la peau un enduit protecteur, et qu'en vertu de son action astringente elle détermine la contraction des vaisseaux du rete Malpighi, par suite de quoi l'état inflammatoire se transforme en œdème; enfin, vraisemblablement, l'acide picrique parvenu dans les vaisseaux lymphatiques met fin à l'inflammation spécifique, en vertu de son action parasiticide.

M. Calvelli indique la formule suivante, pour l'emploi de l'acide picrique en badigeonnages locaux :

Rec. Acide picrique............... 1 gr. 50
Eau distillée............... 250 gr.

M. Pour badigeonnages, à répéter de 5 à 10 fois par jour.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par le Dr DESNOS, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut.

Le livre que M. Desnos vient de publier présente dans son ensemble le résumé des doctrines professées à l'hôpital Necker. Elève du professeur Guyon, M. Desnos a tenu avant tout à exposer les idées de son maître, en y joignant le fruit de sa pratique personnelle. Le but qu'il s'est proposé est la pratique ; mais ici une remarque doit être faite ; beaucoup de manuels, de traités, destinés à servir chaque jour aux praticiens, ne contiennent que ce qui a trait au diagnostic et au traitement. Comprendre ainsi la pratique est, à notre avis, se préparer des mécomptes ; la plupart des maladies restent alors inintelligibles ; c'est au hasard qu'on porte un diagnostic et le traitement ne peut être institué sur une base solide. M. Desnos n'a pas voulu se restreindre ainsi, faire une œuvre stérile et se condamner à n'écrire qu'une sorte de formulaire. Aussi certains développements sont-ils toujours consacrés à l'étiologie et à l'anatomie pathologique. Dans le cercle étroit de ce traité, il ne faut pas, il est vrai, s'attendre à trouver la description de toutes les lésions connues, ni des faits exceptionnels ; mais on y verra ce qui est indispensable à l'intelligence des symptômes et du traitement ; ce sont d'ailleurs ces deux points qui sont le plus longuement étudiés.

L'ouvrage est divisé en cinq parties : dans les trois premières consacrées à l'urèthre, à la prostate à la vessie, chaque maladie est méthodiquement étudiée; l'auteur prend pour type les formes les plus communes, et, sans se perdre dans la description de variétés innombrables, il indique les exceptions le plus souvent rencontrées dans les lésions, les symptômes, les causes etc. Quant aux chapitres du traitement, ils ne consistent pas dans une énumération aride des moyens thérapeutiques ; mais la raison de chaque procédé, de chaque méthode en est donnée et on est logiquement conduit à accepter telle méthode opératoire à l'exclusion de telle autre. D'ailleurs, il existe, dans les maladies des voies urinaires, peut-être plus qu'ailleurs, un écueil qu'on a su éviter ici : c'est la description de procédés multiples, placés tous sur le même plan et qui laissent souvent le lecteur dans une grande incertitude. Presque toujours, M. Desnos a choisi une, ou tout au plus deux méthodes de traitement qui lui ont semblé les meilleures, et il les expose avec des détails suffisants pour permettre de pratiquer, par exemple, une opération en suivant pas à pas les indications minutieuses qui sont fournies.

La quatrième partie nous offre un champ tout nouveau, elle a trait à la chirurgie du rein et des uretères : on sait quels progrès ont été réalisés dans cette voie depuis quelques années, seulement que cette chirurgie a pris naissance ; s'il existe encore beaucoup à faire, dès maintenant, un grand

nombre d'affections sont entrées dans le domaine de la chirurgie : les succès ne se comptent plus. M. Desnos s'est efforcé de résumer les principaux résultats obtenns, tant en France qu'à l'étranger, et de présenter un ensemble de la pathologie chirurgicale du rein ; à ce titre son livre offre nn intérêt d'actualité qui n'échappera à personne.

Quant à la cinquième partie, elle constitue une sorte de résumé et offrira des ressonrces précieuses aux cliniciens : elle comprend les symptômes et les accidents communs à diverses affections des voies urinaires. C'est ainsi que l'hématurie, par exemple, l'incontinence, la rétention. etc., sont envisagées sous divers aspects, et que, suivant les modalités qu'elles affectent dans telle ou telle affection. on est conduit à éliminer tontes les autres et le diagnostic paraît s'imposer.

Le *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*, ainsi qu'on en peut juger par ce conrt exposé, est des mieux conçus. Sous une forme concise, qui n'exclut pas la clarté, il contient tout ce qu'il y a vraiment d'important et, dans le tableau synthétique qu'il présente, il fait marcher de front, suivant le précepte posé par M. le professeur F. Guyon. dans la préface, les nouvelles conquêtes de la science et celles de la pratique.

H. R.

BULLETIN

De la lésion locale dans les maladies infectieuses. — Evolution des microbes chez les animaux vaccinés. — Influence de la distribution d'eau de Seine a Paris sur le développement de la fièvre typhoïde. — De l'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte. — Action pyrétogène de l'invertine.

Les recherches de M. Bouchard sur les maladies infectieuses l'ont conduit à émettre les deux propositions suivantes qui peuvent être considérées comme deux lois générales : 1° plus l'aptitude morbide est grande, moins il y a de lésion locale ; 2° la lésion locale renforce l'immunité et diminue la gravité de la maladie générale.

Le charbon et la maladie pyocyanique offrent des exemples à l'appui de la première loi.

Chez l'homme, plus réfractaire au charbon que le lapin, l'inoculation de la bactéridie charbonnense produit la pustule maligne, qui se généralise exceptionnellement, tandis que, chez le lapin, la même inoculation produit le plus souvent d'emblée l'infection générale, ou ne la fait précéder que d'une lésion locale insignifiante.

De même, l'inocnlation du bacille pyocyanique, en raison de l'inégalité d'aptitude ou de résistance du lapin et du cobaye à la maladie infectieuse qui en résnlte, produit chez le premier l'infection générale sans lésion locale notable, et chez le second, une gomme limitée au point d'inoculation, gomme qui s'ulcère et cicatrise lentement, mais ne donne pas lieu, dans la grande majorité des cas, à l'infection générale.

Si, par la vaccination préalable, on donne à un lapin une immunité comparable à l'immunité naturelle du cobaye, l'inoculation du bacille pyocyanique produit sur cet animal, non plus l'infection générale d'emblée, mais la lésion locale, la gommé pyocyanique.

L'apparition d'une lésion locale plus ou moins importante au point d'inoculation d'un agent infectieux semble donc donner la mesure du degré d'immunité de l'animal ou de l'individu inoculé, et permet d'apprécier les chances plus ou moins grandes d'une infection générale ultérieure.

Mais ce n'est pas tout, et d'après la seconde proposition on la seconde loi de M. Bouchard, la lésion locale contribue par elle-même à renforcer l'immunité et à diminner ainsi la gravité de l'infection générale. La démonstration expérimentale de cette proposition a fait l'objet d'une récente communication du savant professeur à l'Académie des sciences.

En inoculant la même quantité de la même culture de bacille pyocyanique d'un côté à des lapins sains, d'un autre à des lapins vaccinés, et en étudiant comparativement l'évolution de la lésion locale consécutive, M. Bouchard a observé les faits suivants :

1° Le nombre des bacilles inoculés augmente gradnellement chez les animaux sains, tandis qu'il reste stationnaire, puis, à partir de la quatrième heure, diminue rapidement chez les animaux vaccinés. Ces derniers présentent donc tout d'abord un terrain moins favorable au développement des bacilles, dont la vitalité peut être en même temps affaiblie.

2° Consécutivement à l'inoculation, il se produit une diapédèse de leucocytes très abondante chez les animaux vaccinés, très peu considérable chez les animaux sains. Vers la fin de la quatrième heure, la proportion des leucocytes, si elle est 1 chez les non-vaccinés, est 100 chez les vaccinés. Aussi, la lésion locale chez ces derniers, est-elle incomparablement plus prononcée que chez les autres.

3° Le phagocytisme est en rapport avec l'abondance des leucocytes exsudés. Chez les animaux non vaccinés, on rencontre exceptionnellement des bacilles dans les leucocytes. Chez les vaccinés, on peut en compter jusqu'à trente dans un leucocyte Peu à peu ces bacilles ainsi inclus dans les leucocytes s'altèrent et se résolvent en granulations. Après vingt-deux heures, on ne trouve plus de bacilles reconnaissables, la digestion est effectuée, ils sont tous détruits.

La lésion locale, beauconp plus intense chez les vaccinés que chez les animaux sains, témoigne donc chez les premiers d'un conflit plus énergique entre les bacilles introduits et les leucocytes exudés, conflit qui se termine par la destruction sur place des bacilles. D'un autre côté, les matières solubles vaccinantes, que ceux-ci ont sécrétées pendant leur conrte existence, peuvent agir favorablement sur l'économie tout entière. C'est par ce double procédé que la lésion locale a pour effet de prévenir l'infection générale ou d'en atténuer la gravité.

— Ponrsuivant ces recherches, auxquelles il a du reste collaboré avec M. Bouchard, M. Charrin, dans une communication faite à la Société de biologie, étudie *l'évolution des microbes chez les animaux vaccinés*, et montre que la destruction de ces microbes se fait dans la circulation générale et les viscères, comme dans le tissu cellulaire des animaux rendus réfractaires. A partir dn moment de l'inoculation, un même nombre de bacilles insérés sous la pean d'un animal vacciné, et d'un animal non vacciné, tend vers zéro chez le premier et s'accroît indéfiniment jusqu'à la mort chez le second. M. Charrin ajoute que la destruction, dans les organes, des microbes ayant échappé au travail sous-cutané, a été différemment interprétée, ce qui tient sans doute à la différence des conditions de l'expérimentation et réclame, en tout cas, de nouvelles recherches.

— Si l'organisme vivant peut se débarrasser, comme on vient de le voir, des microbes qui l'envahissent, il est encore plus sûr de prévenir cette invasion. La prophylaxie doit dominer de haut la thérapeutique. Malgré l'agitation salutaire qui se fait depuis quelques années dans cette voie, l'hygiène pu-

blique fait de lents progrès. Nos grandes assemblées, nos administrations, nos municipalités ont d'autres préoccupations. C'est ainsi que Paris est encore insuffisamment approvisioné d'eau de source et que, tout récemment, la ville entière a été alimentée par l'eau de Seine. Or, on sait parfaitement que l'eau de Seine joue un rôle important dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. MM. Vidal et Chantemesse l'ont montré en 1887; ce dernier auteur vient d'en donner une nouvelle démonstration à LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. Il a fait voir, par des statistiques bien prises, que la morbidité typhoïde augmente à mesure que la distribution d'eau de Seine s'étend à un plus grand nombre de quartiers, et que la mortalité typhique est, au même moment et pour le même temps, trois ou quatre fois plus élevée dans les quartiers qui reçoivent l'eau de Seine que dans ceux qui sont pourvus d'eau de source. Il a ajouté que si l'on rapproche de la fièvre typhoïde bon nombre d'embarras gastriques qui n'en sont à vrai dire que des formes atténuées, l'action nocive de l'eau de Seine se fait sentir sur une plus grande échelle encore. Cette grave question d'hygiène publique ne cesse d'être à l'ordre du jour des comités et conseils d'hygiène. La société médicale des hôpitaux s'en est emparée à son tour et l'a renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Ollivier, Chantemesse, Chauffard, Vaillard et Lallier. Il faut espérer que les pouvoirs publics finiront par comprendre la lourde responsabilité qui pèse sur eux.

— Un air pur et vivifiant n'est pas moins nécessaire qu'une eau pure; il est surtout indispensable aux malades qu'un ancien préjugé maintient constamment dans une atmosphère confinée. C'est contre ce préjugé que M. NICAISE est venu protester à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, en montrant les heureux effets, dans nombre de maladies, en particulier dans les affections de poitrine, d'*une aération permanente de jour et de nuit par la fenêtre entr'ouverte*. Ce mode de traitement hygiénique, qui tend à se généraliser sur le littoral de la Méditerranée (1), n'est applicable, il va sans dire, que dans les pays où la température extérieure ne descend pas trop bas. Le point important, c'est de maintenir la température intérieure de la chambre à coucher au-dessus de 8 à 10° centigr. Le but, en effet, est, non de faire respirer au malade un air refroidi, mais de renouveler constamment l'air qu'il respire. On obtient ce résultat en fermant les persiennes, en laissant les fenêtres entr'ouvertes de 30 à 40 centimètres, en chauffant au besoin la chambre, si la chaleur emmagasinée pendant le jour n'est pas suffisante pour entretenir, pendant la nuit, la température au-dessus de 8°.

Nous savons que nos confrères du Midi ont quelque peine à faire adopter ce régime par leurs malades, mais nous savons aussi qu'ils en ont obtenu d'excellents résultats. Quelques-uns d'entre eux ont prêché d'exemple, ce qui constitue certainement la meilleure démonstration de l'innocuité et des avantages de la méthode. En attendant que les applications s'en généralisent, on deviendra sans doute moins sévère dans ce confinement des malades qui, sous prétexte de les mettre à l'abri d'un refroidissement imaginaire, les condamne à ne respirer qu'un air vicié, lentement mais sûrement anémiant et toxique.

— On se rappelle l'intéressante communication de M. Roussy, à l'Académie de médecine, sur l'action pyrétogène d'une diastase extraite d'une macération de levûre. M. Schutzenberger, rapporteur de la commission à laquelle ce travail avait été renvoyé, est venu confirmer les recherches et les résultats de l'auteur, ne faisant que quelques réserves sur la question de savoir si la diatase en question, qui n'est autre probablement que l'invertine isolée par M. Berthelot, est un principe immédiat unique ou un mélange de deux ou plusieurs principes. Quoi qu'il en soit, les matières solubles secrétés par les microbes et auxquelles est justement attribnée, dans maintes circonstances, l'action de ces derniers, n'existeut plus par une simple intuition de l'esprit ; elles doivent être isolables, à l'exemple de l'invertine ; il sera aussi possible de les étudier et de faire la part respective qui revient à elles et aux microbes d'où elles émanent. Dr F. DE RANSE.

(1) V. *Gazette médicale*, 1888, p. 581 et 593.

NOTES ET INFORMATIONS

LE DROIT DE RÉQUISITION DES MÉDECINS PAR L'AUTORITÉ JUDICIAIRE. — L'affaire de Rodez, dont notre collaborateur M. Ch. Amat a entretenu nos lecteurs (V. n° 40, p. 479), continue de défrayer la presse médicale et extra-médicale. Elle a été tout naturellement portée par les médecins de Rodez, devant le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, dont ils sollicitaient l'avis, sinon l'appui, et nous avons entendu, sur la question en litige, une consultation de Me Bétolaud, l'éminent conseil judiciaire de l'Association. Cette consultation, comme la plupart de celles qui ont été publiées sur la matière, désapprouve, il faut bien l'avouer, la conduite des médecins de Rodez. La grève, dans la circonstance donnée, est une arme qui semble peu convenir au caractère de ceux qui s'en sont servis. Si l'on met en parallèle leurs intérêts, fort respectables d'ailleurs, avec l'intérêt supérieur de la justice, c'est-à-dire l'intérêt public, il n'y a pas égalité, et celui-ci ne saurait être sacrifié. Enfin sur le terrain juridique, ils ont attaché au mot *flagrant délit* un sens beaucoup trop restreint, et la définition qu'en a donnée le juge qui les a condamnés, est plus conforme à la jurisprudence généralement admise. Telle est, en somme, l'opinion prédominante des jurisconsultes qui ont fait connaître leur avis.

Mais ce qui ressort pour eux, comme pour nous, du conflit soulevé par nos confrères de l'Aveyron, c'est que la législation actuelle sur les expertises médico-légales est surannée et réclame une réforme urgente, non seulement au point de vue des honoraires dérisoires attribués aux médecins-experts, mais encore au point de vue d'une détermination plus exacte et plus précise des droits et des devoirs de chacun. Si le bruit qui s'est fait autour de l'affaire de Rodez pouvait contribuer à hâter cette réforme, nos confrères n'auraient pas à regretter leur condamnation.

— DENGUE ET CHOLÉRA. — Deux épidémies appellent l'attention du côté de l'Orient, l'une de *dengue*, l'autre de *choléra*.

L'épidémie de dengue s'est montrée successivement à Chypre, à Beyrouth, à Smyrne, à Constantinople, Trébizonde Salonique, Rhodes et en Grèce. Au début, frissons, céphalalgie, douleurs généralisées, lassitude, courbature, symptômes d'embarras gastrique fébrile, température variant de 38° à 40°; éruption rubéolique ou plutôt scarlatiniforme couvrant la face, le cou, les mains, les avant-bras, persistant parfois durant toute la maladie, plus souvent fugace et disparaissant promptement ; vers le troisième jour chute de la fièvre, puis réapparition d'une nouvelle éruption, plus ou moins semblable à la première, et s'accompagnant d'un réveil des symptômes digestifs, fébriles et douloureux. Enfin vers le sixième jour, atténuation puis disparition de tous les symptômes, mais faiblesse persistante et convalescence longue : tel est, à grands traits, le tableau de la maladie.

Une fois l'épidémie développée, le diagnostic est facile. Les premiers cas donnent lieu à de fréquentes erreurs : ils sont pris pour des cas d'une fièvre éruptive banale, surtout pour des cas de scarlatine. Le pronostic est généralement bénin ; la mortalité est, en effet, à peu près nulle. Traitement purement symptomatique.

La dengue, transportée dans les pays où elle n'est pas endémique, se propage rapidement et atteint un grand nombre d'individus. A Constantinople, où elle a été surtout étudiée par MM. les Drs Mordtmann, Limarakis, Zoeros Pacha, etc., elle a envahi les quartiers riches et sains aussi bien, sinon plus, que les quartiers pauvres et insalubres. Sa grande transmissibilité porte à croire qu'elle est de nature microbienne. Les recherches entreprises par M. Zoeros ne lui ont pas permis encore d'isoler le microbe.

Le choléra, qui a sévi jusqu'au 30 septembre, en Mésopotamie, paraît être en décroissance dans cette contrée. Il s'est étendu entre le Tigre et la frontière turco-persane et a envahi une grande partie de la région occidentale de la Perse. Il aurait même fait son apparition à Recht, sur la mer Caspienne, mais cette nouvelle, menaçante pour l'Europe, ne paraît pas confirmée. Le total des décès relevés jusqu'au 26 octobre est de 6.867.

***

Testament Ricord. — Par son testament, en date du 11 février 1882, M. le Dr Ricord lègue :

A l'Académie de médecine de Paris la somme de dix mille francs, nette de tous droits, pour, avec les revenus, fonder un prix bisannuel, en son nom et comme elle l'entendra.

A la Société de chirurgie, la somme de cinq mille francs nette de tous droits pour, avec le revenu, fonder un prix également bisannuel et en son nom, comme elle en décidera.

A l'Association générale de secours mutuels des médecins de France, la somme de dix mille francs, nette de tous droits.

A l'hôpital du Midi, sa bibliothèque scientifique nette de tous droits, comme reconnaissance et en souvenir des vingt-neuf années de service et d'enseignement qu'il a faites dans cet hôpital, auquel il a dû sa réputation et sa fortune.

— M. le directeur de l'Assistance publique vient de décider, sur la proposition de M. Hortelonp, qu'à l'avenir l'ôpital du Midi s'appellerait hôpital Ricord.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Dr Bonnemaison, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse, vient de mourir dans toute la force de l'âge et du talent. Ancien interne des hôpitaux de Paris, notre regretté confrère avait rapidement conquis le premier rang à Toulouse, où il jouissait d'une grande et légitime considération dans le public, comme dans le corps médical.

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Beurnier est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique chirurgicale.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon, aura lieu le lundi 17 mars 1890.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Fleury est nommé professeur de pharmacie.

Ecole de médecine de Toulouse. — Le prix Lefranc de Pompignan est décerné à M. Etienne Escat, prosecteur.

— M. le Dr Contaret est nommé médecin du lycée de Roanne (emploi nouveau).

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 5 novembre 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *au grade de médecin principal;* les médecins de première classe : MM. Siciliano (Antoine), Maheo (François-Stanislas). — *Au grade de médecin de première classe;* les médecins de deuxième classe : MM. Simon (Charles-Jean-Baptiste), Flandrin (Henri-Emile-Ernest), Bourit (Joseph-Henri-Gaston), Laugier (Joseph Honoré-Ernest), Duménil (Adolphe-François-Louis), Omnès (Charles-Jean). — *Au grade de médecin de 2e classe :* M. Hantz (Claude-Marie-Joseph), médecin auxiliaire de 2e classe, docteur en médecine.

***

Ecole d'anthropologie. — L'Ecole d'anthropologie qui entre dans sa quatorzième année d'existence, a ouvert ses cours le lundi 4 novembre 1889, à 4 heures du soir, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à 4 heures. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique.

Lundi à 5 heures. — M. Mathias Duval : Anthropologie et Embryologie comparée.

Mardi à 4 heures. — M. A. Hovelacque suppléé par M. A. Lefebvre : Ethnographie et Linguistique.

Mardi à 5 heures. — M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi à 4 heures. — M. P. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi à 4 heures. — M. A. Bordier : Géographie médicale.

Vendredi à 5 heures. — M. L. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi à 4 heures. — M. C. Letournean : Histoire des civilisations.

Cours supplémentaires. — Mercredi à 5 heures. — M. P.-G Mahondeau : Anthropologie histologique.

Samedi à 5 heures. — M. A. de Mortillet : Ethnographie comparée.

Samedi à 3 heures. — M. Chudzinski : Démonstrations anatomiques.

***

Clinique ophtalmologique des Quinze Vingts, 13, rue Moreau. — Les cours et conférences faites par les médecins de la clinique reprendront le 20 novembre. Les leçons faites pendant l'année scolaire comprendront toute la pathologie oculaire.

Maladies des paupières, de la conjonctive et de l'appareil lacrymal : Dr Chevallereau, le samedi à 2 heures.

Maladies de la cornée; de la sclérotique, de l'iris et de l'orbite : Dr Valude, le jeudi à 2 heures.

Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, ophtalmoscopie : Dr Trousseau, le vendredi à 2 heures.

Maladies des muscles de l'œil, réfraction : Dr Kalt, le lundi à 2 heures.

Le mercredi à 2 heures, présentation, par les quatre médecins de la clinique, des malades intéressants ; discussion.

Consultations et opérations tous les jours à 1 heure.

— Le concours pour la place de médecin adjoint à la Clinique nationale des Quinze-Vingts s'est terminé par la nomination du Dr Kalt.

***

— M. A. Robin, agrégé, a commencé des conférences de pathologie interne, vendredi 15 novembre 1889, à 4 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Objet des conférences : Les maladies de l'appareil digestif.

— M. le professeur Charcot a commencé le cours des maladies du système nerveux, le vendredi 8 novembre 1889, à 9 heures 1/2, à l'hospice de la Salpêtrière, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Les mardis : policlinique ; les vendredis : examen des malades admis.

— M. le Dr Le Dentu, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, a commencé, le vendredi 8 novembre à 9 heures 1/2, des conférences de clinique chirurgicale qu'il continuera les vendredis suivants à la même heure. — Opérations les mercredis et vendredis.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Ovarite, salpingite (adhérences, maladies des annexes, lymphangite. pathogénie, traitement, opérations pour adhérences, ablation unilatérale et bilatérale des annexes, par le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, Coccoz, libraire-éditeur, 1889.

L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes, par M. le Dr D. M. Levi, ancien médecin des hôpitaux militaires. — Paris, G. Masson, éditeur, 1889.

La chaleur animale est peut-être le problème fondamental de la physiologie, depuis Lavoisier jusqu'à Claude-Bernard. M. Charles Richet, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, lui consacre un livre nouveau dans la *Bibliothèque scientifique internationale*, dirigée par M. Em. Alglave, son prédécesseur dans la direction de la *Revue scientifique*. Ce livre, qui condense une année d'enseignement à l'Ecole de Paris, résume les principales théories qui se sont succédé, et surtout expose l'état actuel de la question. On y trouvera une foule d'expériences récentes et de faits curieux. La température du corps y est étudiée, non seulement à l'état de santé et dans tous les organes, mais aussi dans les diverses maladies, sous l'action des divers poisons et même après la mort. (1 vol. in 8 cart. à l'anglaise, avec fers spéciaux, à la librairie Félix Alcan. Prix : 6 fr.)

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 3 AU SAMEDI 9 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 16. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 220. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 36. — Autres, 5. — Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47 — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë, 17. — Bronchite chronique, 31. — Broncho-pneumonie, 16. — Pneumonie, 48 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 10 — Biberon, 56. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 2. — Fièvre et péritonite puerpérales. 8. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 23. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 11. — Total : 899.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**.

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

GYNÉCOLOGIE

De la médication hydrominérale et de l'intervention chirurgicale dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves (1).

Par le Dr F. de Ranse,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

I

Parmi les névralgies, celles qui ont leur siège ou leur point de départ dans l'appareil utéro-ovarien sont des plus fréquentes. Il est peu de femmes qui, à un moment donné, n'en ressentent pas quelque atteinte. Quand les douleurs sont relativement légères, fugaces, ne revenant passagèrement qu'aux époques menstruelles, on les considère volontiers comme l'expression symptomatique d'un état quasi-normal auquel il faut savoir se résigner. Mais trop souvent ce sentiment de résignation serait difficile à demander ou à obtenir. Ici par leur acuité, là par leur continuité, d'une manière générale par leur résistance aux divers traitements mis en usage, les névralgies utéro-ovariennes empoisonnent l'existence des malades et font parfois de leur vie un long martyre. L'intervention chaque jour plus active de la chirurgie dans le domaine de la gynécologie n'a pas modifié cet état de choses autant qu'on pourrait le croire, et la médication hydrominérale reste encore sous ce rapport l'une des plus puissantes.

Il y a lieu tout d'abord de distinguer les cas suivant que les névralgies utéro-ovariennes coexistent ou non avec une autre affection de l'appareil génital.

II

Chez les hystériques à tous les degrés, chez les femmes dites simplement nerveuses, chez les chloro-anémiques, les névralgies utéro-ovariennes s'observent fréquemment en l'absence de toute autre maladie, de toute lésion de l'utérus et de ses annexes, et ce ne sont pas toujours les moins rebelles. Les calmants sous toutes les formes et administrés par toutes les voies, les révulsifs les plus énergiques, l'électricité, l'hydrothérapie sont employés tour à tour et restent souvent inefficaces. Les succès les plus certains et les plus nombreux appartiennent ici à la médication hydrominérale. Elle agit à la fois sur l'état général ou constitutionnel et sur l'état local ; elle tend ainsi à ramener l'équilibre dans toutes les fonctions, et l'on sait, d'autre part, que son action est à longue portée. Que si cette action reste limitée, il en résulte parfois une modification heureuse de l'organisme, en vertu de laquelle telle autre médication, dont la puissance était en quelque sorte usée, reprend toute son activité et toute son influence. Je ne crois pas

(1) Communication faite au Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

FEUILLETON

Les accouchements devant l'histoire.

Les travaux d'érudition ont décidément un grand attrait. Dès que l'on a goûté à ce plat d'ambroisie, il semble qu'on ne puisse plus en écarter ses lèvres. On citerait facilement plus d'un exemple de médecin, qui, ayant par fantaisie ou même par simple hasard, tâté de ce gâteau enchanté, s'est trouvé aussitôt enchanté lui-même. On n'est pas si aisément rassasié dans ces sortes d'études. C'est que l'on y trouve un double plaisir, le sien propre d'abord, et puis celui bien plus grand de faire partager à de nombreux lecteurs les résultats de ses investigations.

Le Dr Witkowski avait commencé par recueillir des anecdotes relatives à l'art médical. Il en publia successivement plusieurs volumes sans prétention et auxquels la critique érudite put adresser quelques chiquenaudes. Les quatre premiers tomes n'étaient en effet qu'une accumulation presque sans ordre, sans classification, de bizarreries, de traits, de mots et même de calembours (1).

Dans les deux volumes qui suivirent, la méthode commence à apparaître. Il s'agissait du *Mal qu'on a dit des médecins.*

Il y eut un premier livre consacré aux auteurs grecs et latins, et un deuxième qui ne cite que les auteurs français jusqu'à Molière. En attendant de nous donner la suite obligée de ce dernier recueil, pour laquelle les auteurs du siècle dernier et ceux de notre temps n'ont pas ménagé les matériaux, M. Witkowski a fait un peu l'école buissonnière. Mais là, quelles glanes n'a-t-il pas recueillies ! car il nous a donné l'an dernier un superbe volume ou plutôt deux volumes (*l'Histoire des accouchements chez tous les peuples* (2) a en effet un appendice publié à part sous le titre *l'Arsenal obstétrical*) et voici qu'il vient de publier une deuxième

(1) La *médecine littéraire et anecdotique* portait la double signature de MM. Gorecki et Witkowski. Les *anecdotes*, les *drôleries* et les *joyeusetés de la médecine* ne portent plus sur leur titre que le nom du Dr Witkowski.

(2) Un volume grand in-8 de XII-714 pages avec un appendice de 182 pages. Paris, G. Steinheil, éditeur.

nécessaire de rapporter des faits à l'appui de ces assertions ; ces faits sont d'observation banale.

On me permettra d'insister un peu plus longuement sur l'aide réciproque que, dans certains cas, peuvent se prêter la chirurgie et la médecine thermale.

L'Union médicale a publié, en 1888, l'observation d'une jeune femme à laquelle un chirurgien a enlevé l'utérus et ses annexe pour des douleurs intolérables qui avaient résisté à tous les traitements. L'examen des organes enlevés a permis de constater qu'ils étaient parfaitement sains. Les suites immédiates de l'opération ont été des plus heureuses. Mais plus tard, les douleurs n'ont-elles pas reparu ? C'est ce que l'observation ne dit pas et ce qui reste douteux, si l'on en juge par les faits que j'ai pu observer moi-même. Le suivant offre à ce point de vue un grand intérêt.

OBS. I. — Mlle P..., âgée de 30 ans, a commencé à souffrir, il y a dix ans, pendant un voyage qu'elle fit à Paris. Les douleurs ayant d'abord pour siège principal la région hépatique et épigastrique, s'accompagnant de dyspepsie, de vomissements, furent attribuées à une congestion du foie, et, entre autres médications, la malade fit une saison à Vichy, d'où elle revint plus souffrante ; les règles s'étaient supprimées. Un peu plus tard, les phénomènes hystériques s'accentuèrent davantage et l'on conseilla l'hydrothérapie, à laquelle, en présence de l'acuité des douleurs, on adjoignit les piqûres de morphine, les pointes de feu, les applications de glace, les courants faradiques, etc. Après dix-huit mois d'hydrothérapie et six mois d'électricité statique, les règles reparurent et la malade éprouva une légère amélioration. Mais peu à peu les douleurs utéro-ovariennes devinrent de plus en plus vives, surtout au retour des époques, et les accès hystériformes prirent plus de fréquence et d'intensité. La malade, qui avait cessé tout traitement, revint à l'hydrothérapie. Celle-ci produisit une amélioration passagère, suivie d'une nouvelle recrudescence dans toutes les douleurs, et Mlle P... fut envoyée à Néris. Après une longue saison, dont les bains prolongés constituèrent l'élément principal, elle ressentit un apaisement de toutes ses souffrances et un calme qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps. Malheureusement, la prochaine époque ramena quelques douleurs; celles-ci s'accrurent aux époques suivantes, si bien que, trois ou quatre mois après la cure hydrominérale, la malade était aussi souffrante qu'auparavant. Affolée par des douleurs qui résistaient à tout, elle réclama impérieusement l'ablation des organes qui en étaient le siège et comme le foyer, prête à se suicider si on lui refusait cette *ultima ratio*. On l'opéra, en effet, sans se faire trop d'illusions sur les résultats de cette intervention chirurgicale. Le chirurgien enleva les trompes, les ovaires, et laissa l'utérus dont l'ablation parut lui présenter des difficultés dangereuses. Pour un peu la malade lui eût fait un procès d'avoir ainsi ménagé la matrice. Le résultat fut ce qu'on attendait, c'est-à-dire à peu près nul. La malade souffrit tout autant après qu'avant l'opération, et revint demander aux eaux de Néris un soulagement dont une première cure lui avait permis d'apprécier les douceurs. Le soulagement se fit attendre, car ce n'est qu'au 47e bain de trois et de quatre heures (avec douches sédatives et irrigations chaudes), qu'il commença de se manifester. Mais l'amélioration a fait ensuite de rapides progrès et une ère nouvelle a paru s'ouvrir pour cette intéressante malade.

La fin de l'observation est toute récente, et je ne saurais dire encore si l'amélioration obtenue sera définitive. Il est toutefois permis de l'espérer. Les douleurs n'ont reparu, à la suite de la première cure hydrominérale, qu'avec le retour des règles, et ont gagné d'intensité à chaque époque successive. Or, l'ablation des ovaires a eu pour conséquence la suppression des règles : on est donc autorisé à penser que rien ne viendra compromettre une amélioration si chèrement acquise.

Ce qui se dégage de cette observation, et ce qu'il importe de faire ressortir, c'est : 1° que de toutes les médications, la médication hydrominérale a produit le soulagement le plus marqué; 2° que la médication hydrominérale et l'intervention chirurgicale, employées isolément, ont été également impuissantes à amener la disparition des névralgies; 3° que, associées l'une à l'autre, elles se sont montrées plus efficaces.

III

Les avantages de cet appui réciproque que peuvent et doivent se prêter la chirurgie et la médecine thermale dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes, sont peut-être encore plus frappants dans les cas où ces névralgies accompagnent d'autres affections de l'appareil génital. Elles sont généralement considérées comme symptomatiques de ces affections. Mais, ce qu'il ne faut pas oublier, et ce qui n'a peut-être pas suffisamment fixé l'attention, c'est qu'il n'existe, dans un grand nombre de cas, aucun rapport entre l'intensité des douleurs et l'étendue ou la gravité des lésions observées. On rencontre des femmes, réduites presque à l'immobilité par les souffrances qu'elles endurent, qui, à l'examen, présentent des

---

série : *les Accouchements à la cour* (1), en nous promettant une dernière partie qui renfermera les anecdotes et les curiosités sur les accouchements.

La première série de ce grand travail comprend quatre divisions : 1° *l'obstétrique et le culte*, chapitre subdivisé en trois sections (l'obstétrique mythologique, l'obstétrique biblique, et l'obstétrique catholique); 2° les erreurs et préjugés sur la grossesse, sur les accoucheurs et les sages-femmes et sur l'accouchement ; 3° les accouchements extraordinaires et les monstres, qui constituent une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage ; 4° enfin viennent les mœurs et coutumes obstétricales ; on y trouve les détails les plus complets, tant sur les postures prises pendant l'accouchement chez les différents peuples que sur les usages, opérations singulières ou pratiques superstitieuses en vigueur dans les temps anciens et dans les divers pays ; sans compter une dernière section consacrée à étudier le rôle des sages-femmes et des accoucheurs.

(1) Un volume grand in-8 de VIII-416 pages avec 208 figures. Paris, G. Steinheil, éditeur.

Quant à l'appendice, à *l'Arsenal obstétrical*, le titre en dit suffisamment le contenu ; et bien que M. Witkowski, en bon élève de M. Pajot à qui l'ouvrage est dédié et qui a répondu à l'auteur par une lettre (dont on voit la reproduction autographiée en tête du volume), bien que M. Witkowski, dis-je, considère avec M. Pajot que la rage d'invention des instruments nouveaux a été poussée de nos jours jusqu'à l'extrême, il n'a pas moins représenté en plus de 1100 gravures cet outillage formidable :

« Nous avons pensé, nous dit-il dans sa préface, que, devant une telle monomanie instrumentale, la meilleure critique était de reproduire tous ces engins dont Torquemada eût été jaloux. »

Et cette reproduction forme, en même temps qu'une histoire de l'art obstétrical, un véritable atlas on ne peut plus utile à posséder et à consulter. On y trouve de tout; bandages, ceintures, forceps des formes les plus variées, embryotomes, céphalotribes, et jusqu'aux pèse bébés. Les gravures sont nettes autant que nombreuses. Cependant il ne faudrait pas croire que le volume du texte en soit dépourvu, car on y en trouve 461, représentant toutes sortes de faits relatifs à l'accouchement; sculpture, tableaux, gravures, portraits de monstres et reproduction *ex-vivo*, d'après les voyageurs,

est telle qu'un simple examen est intolérable et que la plus petite tentative d'un traitement local met la malade dans un état vraiment sérieux. Il ne s'agit pas ici d'un cas banal de vulvo-vaginisme ; on peut dire que l'hyperesthésie est générale. La région ovarienne est tellement douloureuse que la moindre pression provoque une attaque de nerfs ou des lipothymies. La malade ne peut marcher sans ressentir dans tout le ventre des douleurs vives et un gonflement qui l'obligent à s'arrêter. Elle passe des mois entiers sur sa chaise longue. Malgré l'indication pressante, on sursoit à l'opération, et on m'adresse la malade à Néris. Sous l'influence d'une longue saison, l'éréthisme général se calme un peu, les douleurs s'atténuent, l'hyperesthésie s'amende et, après un nouveau repos prolongé, le curettage de la matrice est pratiqué. A la suite de l'opération, la malade retombe à peu près dans l'état de souffrances où elle était auparavant et retourne à Néris. Cette fois, le traitement hydrominéral, après des alternatives de haut et de bas, est suivi d'un plein succès. La malade, heureuse et fière, part pour un voyage en Suisse.

Obs. VIII. — Mme O..., atteinte depuis plusieurs années d'une métro-ovarite rebelle à divers traitements qu'elle a essayés, vient à Paris recommandée à trois chirurgiens. Les deux premiers qu'elle consulte sont d'avis d'enlever l'ovaire malade. Le troisième juge plus sage de traiter d'abord l'endométrite, avec l'espoir que la guérison de celle-ci aura pour conséquence la résolution de l'ovarite. Il pratique donc le curettage de la matrice, remédie à un ectropion du col par l'opération de Schrœder, et, après les premiers temps de la convalescence, m'adresse la malade à Néris. L'état de la matrice est des plus satisfaisants, mais l'ovaire est encore gros, sensible, douloureux, et Mme O..., marche difficilement. Peu à peu, sous l'action sédative du traitement hydrominéral, tous ces symptômes s'atténuent, la malade ne *sent* plus son ovaire, fait, sans se fatiguer, des promenades de plus en plus longues et quitte Néris dans les meilleures conditions. L'ablation de l'ovaire ne saurait plus être mise en question.

Ici, la médication thermale a donné un concours efficace à l'intervention chirurgicale pour prévenir une autre opération toujours grave, sinon en elle-même, du moins dans ses conséquences, à la période active de la vie sexuelle.

IV

Je résumerai les conclusions qui se dégagent des considérations et des faits qui précèdent dans les propositions suivantes :

1° La médication hydrominérale est l'une des plus puissantes et des plus efficaces dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes;

2° Quand ces névralgies ne s'accompagnent d'aucune autre affection de l'appareil génital, la médication hydrominérale en a fréquemment raison. Dans les cas essentiellement rebelles et dans lesquels la chirurgie intervient, elle assure et complète les résultats de cette intervention;

3° Lorsque les névralgies utéro-ovariennes coexistent avec d'autres affections ou lésions de l'appareil utérin, dont elles sont ou non directement symptomatiques, la médication hydrominérale s'adresse simultanément aux unes et aux autres, et exerce souvent une double action curative.

Dans les cas où une intervention chirurgicale est reconnue nécessaire, la médication hydrominérale est utile :

a) Pour préparer le terrain; *b*) Pour permettre de réduire le champ opératoire ou de prévenir une opération secondaire; *c*) Pour favoriser les suites et compléter les résultats de l'opération, tant au point de vue de l'état local que de l'état général;

4° Ce concours réciproque, cette association de la chirurgie et de la médication hydrominérale sont propres à multiplier de plus en plus les succès dans la pratique gynécologique.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

I. — La spermine, par le professeur Kobbert, de Dorpat. *Fortschritte der Medicin.*, 1889, n° 21, p. 835.

Qu'est-ce que la spermine? Pour répondre à cette question, M. Kobbert, professeur de pharmacologie à l'université de Dorpat, remonte très avant dans le passé. Il rappelle qu'en 1853, Charcot et Ch. Robin ont signalé une première fois la présence de cristaux dans la rate d'un sujet mort en état de leucémie. Une constatation semblable avait déjà été faite, deux années auparavant, par Zenker, en Allemagne. En 1856, Charcot signalait la présence de ces mêmes cristaux dans les crachats des emphysémateux, et Fœsster (1854-1859) dans les crachats bronchitiques, au sein d'un myxome du nerf optique, et dans le mucus concrété provenant d'un canal biliaire dilaté. Harting (1859), retrouvant ces mêmes cristaux dans les crachats d'un malade affecté d'une bronchite chronique, les avait décrits comme étant formés par du phosphate de chaux. Charcot et Vulpian signalaient ensuite (1860) la présence de ces corpuscules cristallins dans le sang d'un sujet mort leucémique; White (1862) avançait que leur présence dans le sang des leucémiques était un fait constant, et il proposait de leur donner le nom de leucosine, tandis que Friedreich, un peu plus tard (1864), les décrivait sous le nom de cristaux de tyrosine.

En 1865, Boettcher, de Dorpat, signalait pour la première fois que les cristaux découverts par Charcot existent en nombre particulièrement considérable dans le sperme, et que, d'autre part, on les rencontre à la surface de toutes les préparations anatomiques un peu anciennes, enfin, qu'on pouvait les tirer du blanc d'œufs.

Restait à s'entendre sur la nature des fameux cristaux qui, suivant Ch. Robin, étaient formés par du phosphate ammoniaco-magnésien, par de la vitelline suivant Kühne, par de la tyrosine suivant Hüber, etc., etc. L'énigme paraît avoir été tirée au clair en 1878, par Ph. Schreiner ; ce chimiste croit avoir acquis la preuve que les cristaux en cause sont formés par un phosphate acide d'une base ayant pour formule : C^2H^5Az.

En 1881, Kobbert rattachait cette base aux alcaloïdes cadavériques du groupe des ptomaïnes et des leucomaïnes, lesquelles sont insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, les véhicules alcalins, et très solubles dans les acides dilués. Schreiner avait mentionné qu'à l'état de liberté, la base C^2H^5Az dégage une forte odeur de sperme frais, et qu'elle communique cette odeur aux crachats des sujets atteints de certaines affections pulmonaires. Il avait affirmé également que la base en question apparaît dans le sperme (éjaculé) de tous les mammifères, lors de la dessication du liquide.

En 1888, deux chimistes allemands, Ladenburg et Abel (1), ont fait, de la base découverte par Schreiner, l'objet d'une étude très intéressante. Leurs recherches analytiques ont abouti à ce résultat, que cette base n'est autre que le terme inférieur de la série des *imines*, nom sous lequel Ladenburg désigne les bases aminiques secondaires, dans lesquels deux

(1) Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, 1888, p. 758.

atomes d'hydrogène de l'ammoniaque ont été remplacés par un radical alcoolique double. Cette base aurait donc pour formule :

$$\begin{matrix} CH^2 \\ CH^2 \end{matrix} AzH$$

et doit être désignée, d'après cela, sous le nom d'*éthylénimine*. On lui a donné également le nom de *spermine*.

Quand on la distille, on qu'on l'abandonne à elle-même à l'état de solution aqueuse, la spermine se transforme facilement en une substance polymère, la *diéthylendimine* ou *dispermine*; celle-ci a pour formule :

$$\begin{matrix} CH^2, AzH, CH^2 \\ | \\ CH^2, AzH, CH^2 \end{matrix}$$

et peut encore être désignée sous le nom de *piperazidine*. Quant au sel phosphatique dont Schreiner le premier a découvert la véritable nature, il a vraisemblablement pour formule :

$$\left.\begin{matrix} CH^2\ AzH\ CH^2H \\ | \\ CH^2\ AzH\ CH^2H \end{matrix}\right\} Ca \left\{\begin{matrix} PhO^4 \\ \\ PhO^4 \end{matrix}\right.$$

Ce serait donc, non pas du phosphate simple de spermine, mais du phosphate de chaux et de dispermine. Il est à noter que l'odeur spermatique, signalée par Schreiner, n'a pas été perçue par Ladenburg et Abel. La raison en est sans doute, suivant Kobbert, à ce que cette odeur est liée à la présence d'un dérivé de la spermine, inconnu jusqu'ici, et qui se trouve préformé dans le sperme.

Nous voilà conduit, par un bien long détour, aux récentes communications de M. Brown-Séquard. Au mois de juin dernier, ce savant physiologiste annonçait au monde ébahi, la découverte d'un moyen propre à réveiller les ardeurs juvéniles chez les personnes frigides pour cause de vieillesse ou autre. Le remède, on le sait, consistait à injecter sous la peau, aux sujets à traiter, une sorte de macération de testicule, obtenue en triturant des testicules de lapin dans un mortier, et en soumettant au filtrage le produit de cette trituration.

La découverte annoncée par M. Brown-Séquard fut accueillie dans le monde médicale avec beaucoup de scepticisme pour ne pas dire plus. Seuls, M. Variot en France, W. A. Hammond et C. Brainard à l'étranger, n'envisageant les choses qu'à un point de vue exclusivement scientifique, comme elles devaient l'être, ont répété les expériences de M. Brown-Séquard, et ont confirmé en partie les résultats annoncés par le professeur du collège de France.

D'autre part, en Amérique, une fabrique de produits pharmaceutiques bien connue (Parke-Davis et Cie) s'est mise à préparer et à mettre en circulation une solution de chlorhydrate de spermine (dans de l'eau et de la glycérine), dans la supposition que le remède préconisé par M. Brown-Séquard n'était redevable de ses prétendus effets aphrodisiaques qu'à la seule spermine. L'on fit valoir d'ailleurs qu'il était beaucoup moins répugnant de dissoudre du chlorhydrate de spermine dans un mélange de glycérine et d'eau, que de triturer des testicules dans un mortier, fussent-ils testicules de lapin. Une chose paraît établie, c'est que les injections sous-cutanées de chlorhydrate de spermine ne développent aucune réaction locale et sont inoffensives. D'après les indications fournies par Kobbert, on obtiendrait une solution équivalente à celle mise en circulation par la maison Parke-Davis, en faisant préparer un mélange ayant pour formule :

℞ Chlorhydrate de spermine.......	0 gr. 1
Eau distillée..................	8 —
Glycérine très pure............	2 —

M. s. a. Faire, tous les jours, une ou deux injections sous-cutanées de la valeur du contenu d'une seringue de Pravaz.

M. Kobbert ajoute qu'avant les recherches de Brown-Séquard il avait eu l'idée d'injecter à des animaux, sous la peau, de petites quantités de chlorhydrate de spermine, préparé suivant les indications de Schreiner. Il a constaté que la tolérance pour ces injections était complète; malheureusement, M. Kobbert a négligé de porter son attention sur l'influence que peuvent subir les fonctions génitales, du fait de ces injections.

Mais en admettant que les injections de macérations de testicule et les solutions de spermine possèdent réellement les vertus qu'on leur attribue, nous n'aurions encore là que du renouveau. En effet, M. Kobbert rappelle que dans l'antiquité, les testicules des animaux tels que le taureau, le sanglier, l'ours ne figuraient pas seulement les symboles de la puissance virile; ces organes servaient à la préparation de remèdes aphrodisiaques. Pline donne de nombreuses recettes où les testicules figurent à ce titre. Pendant tout le moyen âge, ces nobles organes, que les modernes, par un abus de langage, ont qualifié de honteux, servirent aux mêmes usages médicinaux. Ainsi dans le « *New London dispensatory* » du Dr Salomon, paru en 1684, figure le passage suivant reproduit par Kobbert et dont nous donnons la traduction textuelle : « Les testicules, voire les organes génitaux en totalité, des animaux suivants : du sanglier, du cerf, du cheval, du castor, de la loutre, du lièvre, du furet, de la panthère, du léopard, du blaireau, de l'ours, du renard, etc., sont utilisables en médecine. Peuvent servir aux mêmes usages, les testicules des oiseaux tels que l'aigle, la caille, la grue, le coq. Les mêmes organes de certaines espèces aquatiques, de l'huître, de la moule, et de beaucoup de poissons, notamment de l'esturgeon, peuvent servir aux dits usages. Relativement à l'esturgeon il est à remarquer que le caviar, qui est un aliment très nutritif, augmente la sécrétion du sperme, réveille les désirs vénériens, etc. »

Reste à savoir si le travail de M. Kobbert aura pour résultat de réhabiliter aux yeux des hommes de science, le genre de recherches inauguré par Brown-Séquard.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE DE LA VACCINATION ANIMALE, par A. LAYET, 1 volume grand in-8° de XVI-320 pages. Paris, 1889. Félix Alcan, éditeur.

En présence de fléaux toujours menaçants, est-il surprenant que certaines questions restent à l'ordre du jour ? Songez à la variole; bien que depuis tantôt un siècle, depuis Jenner, on ait eu le droit de la moins redouter, ne continue-t-elle pas à se rappeler, surtout depuis vingt ans, à notre attention par des retours offensifs qui font encore trop de victimes ? Aussi, ne peut-on qu'applaudir à l'initiative de ceux qui, refusant de s'endormir sur les lauriers de la médecine moderne, ont voulu mieux faire que nous prêcher la théorie des vaccinations et des revaccinations à outrance par le vaccin humain. S'obstinant à rechercher si le vaccin de Jenner, originairement excellent, n'avait pas fini par perdre de ses qualités, ils ont essayé de le rajeunir en le repuisant à sa source. Ils méritaient ceux-là, d'être d'autant plus encouragés dans leur entreprise, que des cas tous les jours plus nombreux étaient signalés de transmission, par la vaccination de bras à bras humain, de maladies virulentes, en particulier de la syphilis.

A une époque où les hygiénistes réclament à hauts cris la promulgation d'une loi rendant la vaccination obligatoire, ces exemples malencontreux de syphilis vaccinale venaient jeter, qu'on nous passe l'expression, un bâton dans les roues de la prophylaxie de la variole. Aussi comprenons-nous que les hygiénistes les plus autorisés se soient émus, et aient cherché à répondre aux objections en essayant de supprimer la cause de ces objections et en remplaçant l'enfant vaccinifère par une génisse.

En vain la vaccine animale avait-elle été condamnée et rejetée par J.-B. Bousquet dans son *nouveau Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses* (dont la dernière édition remonte à 1848), le directeur de l'Institut national de Belgique, M. le Dr Warlomont, de Bruxelles, avait déjà mieux fait que de tenter la réhabilitation du cow-pox. Par une longue et vaste expérimentation, par son beau livre paru en 1883, (1) il avait donné le droit au vaccin animal d'entrer en lutte avec le vaccin humain.

Aujourd'hui, le professeur d'hygiène de la Faculté de Bordeaux, M. le Dr A. Layet, va plus loin que M. Warlomont. Il ne se contente pas, en effet de plaider la cause de la vaccination animale, il en démontre la supériorité sur la vaccination de source humaine.

M. Layet s'est, d'ailleurs, trouvé bien placé pour étudier la question, recueillir des faits, établir les preuves convaincantes de l'excellence du vaccin de génisse.

Ayant été mis, dès l'année 1881, à la tête du service municipal de la vaccine à Bordeaux, service, qui. le premier en France, venait d'être créé et organisé par les soins et sous le contrôle administratif du Dr Plumeau, adjoint au maire de Bordeaux, M. Layet a largement dépensé son activité à bien remplir ses fonctions en même temps qu'il s'efforçait d'élucider le problème de la préférence à accorder au vaccin animal, sur le vaccin humain ou inversement.

Grâce aux expériences de contrôle que M. Layet prit soin d'établir immédiatement et sur place, le «service municipal de la vaccine à Bordeaux peut aujourd'hui revendiquer à bon droit l'honneur d'avoir fixé définitivement le point de doctrine concernant l'existence, sur la vache, de deux cow-pox : l'un primitif ou spontané, l'autre secondaire ou transmis provenant du horse-pox.

« Nous devons également signaler bon nombre de recherches et expériences entreprises par le service, concernant le moment où l'immunité conférée par le vaccin est acquise chez la génisse, chez l'enfant et chez l'adulte ; d'autres concernant les limites de l'auto-vaccination et les accidents d'auto-transmission vaccinale ; d'autres encore se rapportant aux conditions de culture et de revivification permanente du vaccin. »

De ces études nous venons d'en lire le résultat ; et pour les apprécier, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les lignes adressées par M. Brouardel au laborieux professeur de Bordeaux : « Vous avez, lui dit-il, su, en trois cents pages, résumer avec une extrême précision tout ce qui a paru sur ce sujet. Vous avez pu atteindre votre but parce que, guidé par une idée maîtresse, vous avez systématiquement écarté tout ce qui n'était pas indispensable.

« C'est ainsi que dans votre livre, le médecin trouvera exposés avec une fidélité parfaite, tous les travaux qui depuis un siècle ont concouru à rendre la vaccination et la revaccination efficaces et sans danger ».

(1) Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale.

Et plus loin, M. Brouardel ajoute : « Vous avez, avec la plus scrupuleuse exactitude, fait reproduire l'éruption vaccinale sur les animaux, l'enfant, l'adulte, après les vaccinations et les revaccinations. Il est à souhaiter que tous les médecins et sages-femmes chargés d'un service de vaccine étudient ces planches ; trop souvent, nous avons eu, les uns et les autres, à déplorer que les caractères du faux vaccin et du vaccin vrai soient mal connus de ceux qui se livrent à la pratique des vaccinations.

« Presque tous les accidents imputés à la vaccine ont eu cette cause pour origine. Elle disparaîtra si, dans des instituts bien organisés, chaque vaccinateur est obligé, pendant quelques jours ou quelques semaines, de se familiariser avec les caractères propres à ces diverses éruptions. »

Quoique l'on puisse trouver un peu trop sévère la réprobation que M. Layet professe pour le vaccin de génisse, dit *de conserve*, pour *la pulpe vaccinale*, nous ne croyons pas qu'on doive lui en faire un reproche. « Le mieux est l'ennemi du bien», dit le proverbe, qui dit vrai. Et cependant, quand on le peut, il faut viser au mieux ; c'est à quoi tend M. Layet. Nous l'en félicitons.

On pourrait toutefois faire des réserves d'un autre genre. Je veux parler des difficultés qu'il y aurait à prétendre généraliser de suite à tout le territoire français les bénéfices de la pratique bordelaise. Peu de villes possèdent aujourd'hui les ressources dont Bordeaux dispose et les municipalités n'ont peut-être pas partout la même passion contre la variole ni le même souci d'en garantir leurs administrés.

Que si des grandes villes nous passons aux petites, si surtout nous songeons aux populations des campagnes, force nous sera de reconnaître que les résultats, si beaux soient-ils, des études de M. Layet, risquent fort d'attendre avant d'être complètement réalisés dans la pratique. Mais si nos gouvernants voulaient cependant! !

Me sera-t-il permis après avoir fait l'éloge du fond de l'ouvrage, d'en complimenter la forme? Pourquoi pas ? Les 22 planches en chromo-lithographie qui ornent ce volume représentent si bien les éruptions vaccinales dans leurs diverses manifestations et à leurs différentes périodes qu'on éprouve un vrai sentiment d'admiration pour la perfection de ces figures. Elles sont si réussies qu'elles rendront de grands services. Tous les médecins vaccinateurs, toutes les sages-femmes en pourront tirer profit. Et les dermatologistes de Paris seront jaloux de ne pouvoir offrir, aux yeux de leurs lecteurs, aucune monographie de maladie cutanée si bien représentée dans ses diverses formes et dans son évolution que l'est l'éruption vaccinale dans le traité de M. Layet. En somme, la cause de la vaccination animale, grâce à ce plaidoyer, vient de faire un grand pas ; et pour la plupart des lecteurs de ce beau livre, la cause est gagnée.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES : LA SYRINGOMYÉLIE.

M. le professeur Charcot a repris ses leçons cliniques à la Salpêtrière et a consacré celle de vendredi dernier à l'étude de la syringomyélie. Dans une *Revue générale* dont nos lecteurs ont dû garder le souvenir (mars-avril 1889, nos 12, 13 et 14), notre collaborateur, M. Georges Lemoine, a résumé l'état actuel de la science sur cette maladie dont beaucoup de points, encore fort obscurs, réclament de nouvelles recher-

ches. Une leçon de M. Charcot sur ce sujet offre donc un grand intérêt, et nous en donnons ici un rapide aperçu.

La syringomyélie n'a été d'abord qu'une curiosité histologique : on ne la reconnaissait pas pendant la vie du malade.

On savait que c'est une affection organique pouvant donner naissance à l'atrophie musculaire progressive; mais cela ne suffisait pas. On a reconnu ensuite que, avec l'atrophie musculaire, il y avait certains troubles nerveux, que M. Charcot appelle *dissociation syringomyélique.*

Un de ces malades se brûle par hasard à un poêle et ne ressent pas la douleur de la brûlure; à un autre, on applique de la glace sur une région du corps, il ne ressent pas la sensation du froid; de tels faits étaient d'abord passés inaperçus. Puis la découverte de cette combinaison de l'atrophie musculaire et de troubles particuliers de la sensibilité a permis de créer la nouvelle entité morbide.

M. Charcot entre dans quelques détails anatomo-pathologiques, faisant justement observer que le clinicien doit avoir à l'esprit l'image clinique et l'image anatomique de la maladie; il doit penser cliniquement et anatomiquement.

Il y a plusieurs ordres de lésions; M. Charcot en signale trois : d'abord la dilatation du canal central ou *hydromyélie*; en second lieu, une forme de myélite signalée par MM. Hallopeau et Joffroy, *myélite cavitaire*; en troisième lieu, la gliomatose médullaire, qui fait surtout l'objet de la présente leçon.

Cette gliomatose consiste en ce que la substance grise, dans certaines régions, se trouve infiltrée de cellules multiples qui se substituent aux éléments nerveux et les détruisent. Cela se voit surtout dans les cornes postérieures de la substance grise. Les cellules peuvent être disséminées ou tellement pressées qu'elles forment une tumeur au centre de la moelle. La cavité se fait par la fonte, la nécrose de cette tumeur, et elle peut être assez considérable, tapissée par la substance gliomateuse.

La syringomyélie gliomateuse produit parfois la paraplégie cervicale; les membres supérieurs seuls sont intéressés, mais elle peut atteindre toute la moelle et s'étendre ainsi symptomatiquement à toutes les régions du corps.

On ne sait pas si les symptômes se produisent pendant la période d'infiltration; M. Charcot pense qu'ils doivent exister avant que la cavité se soit produite, car la destruction des éléments nerveux suffit. La tumeur peut comprimer, outre les faisceaux postérieurs, les faisceaux latéraux.

Les symptômes de la syringomyélie antérieure sont connus : le symptôme fatal est l'atrophie musculaire progressive.

Les manifestations symptomatiques de la syringomyélie postérieure sont plus difficiles à préciser ou à expliquer : telle est la dissociation entre les sensations tactiles d'une part et de l'autre les sensations thermiques et douloureuses, qui ont toutes leur siège dans les cordons postérieurs.

Quant aux lésions des commissures, on sait peu de chose : on a émis l'idée qu'elles sont le point de départ des troubles trophiques, lésions cutanées, fibreuses, osseuses, etc.

La syringomyélie est une maladie juvénile, 15, 20, 25 ans. Quelquefois cependant le malade ne commence à souffrir qu'à 35 ans, mais les lésions ont débuté plus tôt et les symptômes sont passés inaperçus. Les cas où on a pu reconnaître la maladie sont ceux où le malade s'est brûlé sans le savoir et sans souffrir de sa brûlure; il faudrait un accident semblable pour attirer l'attention sur le début de la maladie. M. Charcot cite un malade de 50 ans, qui n'a commencé de souffrir qu'il y a sept à huit ans, mais dont la maladie a dû débuter à 17 ans, car il a eu à cet âge une fièvre typhoïde après laquelle une scoliose s'est développée.

L'évolution de la syringomyélie est lente, la plus lente peut-être des affections cérébro-spinales.

Un médecin russe s'est demandé si la maladie guérit et est disposé à le croire; d'après M. Charcot cet auteur a sans doute pris des cas d'hystérie pour les cas de syringomyélie guéris qu'il a vus. Les erreurs de diagnostic sont en effet assez faciles. La symptomatologie se présente sous la forme de l'atrophie, les membres supérieurs sont pris d'abord, mais il n'y a pas toujours dégénération absolue, il y a des formes mixtes. Le malade n'accuse pas les troubles de la sensibilité; il faut les chercher.

M. Charcot montre un malade qui a la main droite en griffe; la main gauche et les membres inférieurs sont plus légèrement atteints. La sensibilité tactile est conservée; la sensibilité à la douleur est absente dans certaines régions, émoussée dans d'autres. On dirait un hystérique. On fait successivement à ce malade l'exploration de la sensibilité au froid et à la chaleur; un schéma montre que les régions insensibles au froid et celles insensibles à la chaleur sont à peu près distribuées de la même façon. Les zones d'insensibilité et de sensibilité présentent des variations d'un jour à l'autre.

La perte du sens musculaire ne se voit guère dans la syringomyélie, tandis qu'elle est fréquente dans l'hystérie; c'est un moyen de diagnostic. Les muqueuses sont comme la peau; cependant la sensibilité spéciale est conservée.

On observe aussi des troubles trophiques sur la peau, bulles cutanées, qui laissent des cicatrices; des lésions sous-cutanées, phlegmons, panaris; des fractures spontanées, des arthropathies semblables anatomiquement à celles des ataxiques; la cystite, dont le malade actuel offre un exemple, se produit assez souvent dans le cours de la syringomyélie; on a cité un cas de mort par perforation de la vessie.

M. Charcot présente une autre malade, une femme âgée de 50 ans, qui est à la Salpêtrière depuis 8 ans, attendant son diagnostic; c'est une de ces malades dont on ne savait quoi faire ou quoi dire avant de connaître la syringomyélie. On croyait d'abord à une pachyméningite hypertrophique; on en trouvait tous les symptômes, mais en examinant de plus plus près on ne trouvait pas de douleurs; la période douloureuse n'avait pas existé, et on émettait un doute.

Chez la malade pas de scoliose, mais des bulles aux doigts faisant tomber les ongles.

C'est un cas de syringomyélie; le processus a commencé tard, puisque la malade ne s'est soignée qu'il y a 8 ans. Elle n'a rien aux membres inférieurs; les mains sont en extension, comme dans la pachyméningite, c'est la main du prédicateur.

Partout la sensibilité tactile est respectée; la sensibilité à la douleur n'existe pas jusqu'à la ceinture, la malade a comme une veste d'insensibilité. Elle peut sentir à 100° l'application de la chaleur, mais elle ne la sent plus à 85°.

Le diagnostic est polyomyélite postérieure et antérieure par lésions gliomateuses.

Parallèlement à ces deux premiers malades, et pour mieux accentuer le diagnostic différentiel, M. Charcot en présente un troisième, homme robuste dont le système nerveux a été atteint à la suite de malheurs de famille. Chez ce malade, le tact est conservé; l'insensibilité à la chaleur va jusqu'à 100°. La sensibilité à la douleur est perdue également : la ligne d'insensibilité, sur le schéma, passe au-dessus du coude. Il y a trois ans, et récemment, au moment de son entrée à l'hôpital, le malade a eu un gonflement violacé de la main qui est survenu et a

de son imprudence, a été écrasée le 21 octobre, au chemin de fer Decanville, en descendant du train.

Deux exotiques (un Javanais et un Arabe) sont morts à l'Esplanade des Invalides, après de courtes maladies.

MÉDECINS ÉTRANGERS EXERÇANT EN FRANCE. — A la suite de diverses réclamations du corps médical qui se plaint du grand nombre de médecins étrangers venant exercer leur profession en France, le ministre de l'instruction publique vient de décider que l'autorisation donnée aux praticiens étrangers ne leur serait plus accordée qu'après une enquête approfondie et après examen de la valeur des titres qu'ils présentent.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Gustave Augustin Quesneville, fondateur de la *Revue Scientifique* (1840-1853) et du *Moniteur Scientifique* (1857-1889), qui vient de succomber à l'âge de 80 ans.

***

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. le Dr Arloing (de Lyon).

Chevaliers. — MM. les Drs Alix, Poyet et Meuriot (de Paris) ; Affre (de Beaune) ; Ronzier-Jolly (de Clermont-l'Hérault) ; Planche (de Balaruc) ; Leloir (de Lille) et Gérard (de Beauvais).

***

Faculté de médecine de Paris. — Clinique médicale de L'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Cornil fait les autopsies tous les jours à 10 heures, et le samedi, à la même heure, une conférence d'anatomie pathologique, à l'amphithéâtre Bichat.

Sont nommés, pour trois ans, aides d'anatomie : MM. Faure, Mauclaire, Chipault, Delagenière et Noguez.

M. le Dr Coudray est maintenu, pour l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

M. le Dr Lepage est nommé chef du laboratoire de clinique obstétricale (emploi nouveau).

Le personnel des travaux pratiques de physiologie est composé ainsi qu'il suit : *chef des travaux*, M. Laborde ; *préparateurs*, MM. Rondeau et Saint-Hilaire.

Le personnel du laboratoire de physiologie est composé de M. Langlois, chef du laboratoire, et de M. Héricourt chef adjoint.

***

Prix Bouisson — A l'occasion de la fête du centenaire de l'Université de Montpellier, Mme Bouisson, désireuse de lier le nom de M. Bouisson à cette solennité, a institué deux prix : le premier, de 6.000 francs ; le deuxième, de 4.000 francs, pour récompenser les meilleurs travaux sur la vie et les œuvres du professeur Bouisson.

Ce concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier. Il sera clos le 1er avril 1890, et les manuscrits, seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Les personnes qui désireraient concourir pourront s'adresser à Mme veuve Bouisson, Grand'rue, 27, à Montpellier, qui tient à leur disposition les documents nécessaires à leur travail.

***

Médecins du traitement à domicile. — Les places vacantes du concours aux emplois de médecins du traitement à domicile, qui doit s'ouvrir le 18 novembre, sont au nombre de 32. Elles se répartissent dans les arrondissements suivants :

IIIe, 2 ; — Ve, 1 ; — VIIe, 3 ; — Xe, 4 ; — XIIe, 2 ; — XIIIe, 7 ; XIVe, 1 ; — XVe, 3 ; — XVIe, 2 ; — XVIIIe, 2 ; XIXe, 4 ; — XXe, 1.

Le jury est ainsi constitué ; MM. les Drs Raoult Blet, Barrault, Rech.

***

Concours pour le clinicat ophtalmologique. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique ophtalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le samedi 7 décembre 1889, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du traitement des aliénés dans les familles, par le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre. (1 vol. in-18, 2 fr. 50, Félix Alcan, éditeur.)

Cette question est l'une de celles portées au programme du Congrès international d'hygiène et d'Assistance publique.

Dans la première partie de son livre, l'auteur montre les avantages de l'assistance des aliénés dans les familles ; il s'appuie sur les résultats fournis par les institutions coloniales de Gheel et de Lierneux en Belgique, sur la pratique du patronage familial en Ecosse et en Amérique, et il passe en revue les conditions dans lesquelles ce mode d'assistance économique peut être applicable en France. Dans la seconde partie, il étudie les conditions et les principales difficultés du traitement des aliénés dans les familles, et il arrive à conclure que si ce mode de traitement est applicable dans une large mesure dans les classes aisées, il ne peut être étendu aux aliénés pauvres que lorsqu'ils sont incurables et inoffensifs.

Traité de pathologie chirurgicale speciale, par le docteur Franz Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par J.-R. Comte, chirurgien-adjoint de l'hopital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par M. le Dr Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome 2, 1er fascicule. 1 vol. in-8 avec 51 figures intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. — Lecrosnier et Babé, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Manuel de médecine opératoire de G.-F. Malgaigne, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. Neuvième édition par le Dr Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Seconde partie : Opérations spéciales avec 434 figures intercalées dans le texte. Un vol. in-12 broché de 872 pages. Prix des 2 volumes : 16 fr. — F. Alcan, 108, boul. Saint-Germain, Paris.

De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans les cas de grossesse gémellaire, par M. Lanniot, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8 de 143 pages avec 11 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. — Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Etude sur le dédoublement de la motricité volontaire en corrélation avec le dédoublement des hémisphères cérébraux : droiterie, gauchisme, ambidextrie, par le docteur F. Nivelet, chevalier de la Légion d'honneur. Une brochure in-8 de 50 pages. Prix : 1 fr. 50. — Cabasse, imprimeur-libraire à Commercy (Meuse).

Le Képhir, boisson médicinale du lait de vache, par le docteur V. Dmitrieff. Lausanne 1887, in-18 de 79 pages. Prix : 12 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les anomalies de la vision, par le docteur A. Imbert, docteur ès-sciences. Un volume in-16 faisant partie de la Bibliothèque scientifique contemporaine. Prix : 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. Paris.

Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque (valeur séméiologique), par le docteur A Journiac, ancien interne de l'hopital de Rothschild. Un vol. in-8 de 92 pages. Prix : 2 fr. 50. — Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les climats d'Hyères et le sanatorium maritime, par le docteur E. Vidal, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères. 1 vol. in-8 de 110 pages avec plans et planches. — Typographie et lithographie H. Souchon à Hyères.

Maladies de la langue, par le Dr Henry T. Butlin, chirurgien assistant et professeur de chirurgien pratique et de laryngologie à Saint-Bartholomew's hospital, traduit de l'Anglais par le docteur Douglas Aigre, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un beau volume in-8 de 430 pages. Prix : 8 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Traitement spécifique de la phtisie pulmonaire par le cuivre, par le Dr E. Charlier. Une brochure in-8 de 45 pages. Prix : 1 fr. 75.— Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Guide pratique des pesages pendant les deux premières années à l'usage des médecins-inspecteurs, par le Dr Sutils, médecin inspecteur des enfants du premier âge à La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne). Un volume in-18 broché de 152 pages avec un atlas petit in-4° contenant 64 tracés graphiques en 4 couleurs. Prix : 4 fr. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Manuel de diagnostic chimique au lit du malade, par le docteur H. Tappeiner, professeur à l'Université de Munich. Traduction faite sur la deuxième édition allemande par M. Nicolle, interne des hôpitaux, et mise au courant des dernières connaissances par l'auteur, avec une préface de M. le Dr Albert Robin, membre de l'Académie de médecine. Une volume in-16 avec 8 figures dans le texte. Prix : Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

De l'ozone, aperçu physiologique et thérapeutique par le docteur Donatien Labbé, membre de la Société médico-pratique de Paris. Un volume in-8 de 41 pages avec 31 tracés. Prix : 1 fr. 50. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 1. — Rougeole, 10.— Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 33. — Choléra, 0.— Phtisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses, 33. — Autres, 5. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. —Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë, 29. — Bronchite chronique, 30. — Broncho-pneumonie, 38. — Pneumonie, 39 —Gastro-entérite des enfants : Sein, 8. — Biberon, 58. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 37. — Suicides, 12.— Autres morts violentes, 4. —Autres causes de mort, 181.— Causes inconnues, 6. — Total : 917.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

HYSTÉRIE ET NEURASTHÉNIE ASSOCIÉES

(RAILWAY-SPINE ET NÉVROSE TRAUMATIQUE)

Par A. Dutil, interne à l'hospice de la Salpêtrière.

Le traumatisme, dans l'acception la plus large du mot, c'est-à-dire léger ou grave, général ou partiel, avec l'émotion, l'ébranlement psychique, qui, presque toujours l'accompagne, peut provoquer l'apparition de maladies bien caractérisées et parfaitement autonomes, telles que la goutte et, pour nous en tenir au domaine de la pathologie nerveuse, la paralysie agitante, le goitre exophthalmique, la chorée..., etc. Cette notion est déjà bien ancienne ; elle est incontestable et incontestée comme les faits cliniques précis sur lesquels elle repose. En pareil cas, tous les auteurs jugent que le traumatisme n'a agi que comme cause occasionnelle et que la maladie ainsi développée est bien la paralysie agitante et rien que la paralysie agitante, ou bien le goître exophthalmique et rien que le goitre exophthalmique. Dans cet ordre de faits la vérité s'impose. Après l'accident, l'impulsion une fois donnée, on voit l'affection se présenter avec tout l'appareil symptomatique qui la caractérise, suivre son évolution habituelle, se comporter en un mot comme si elle se fût produite spontanément ou bien à la faveur de toute autre cause. On ne peut pas la méconnaître. Si le traumatisme a rencontré un terrain prédisposé, on dit qu'il a réveillé la prédisposition héréditaire ou acquise qui jusqu'alors était restée latente. Cette interprétation, outre qu'elle satisfait bien l'esprit, est en réalité applicable à la grande majorité des faits. Si, par contre, la prédisposition ne peut être décelée, alors on sent bien ce qu'il y a d'étrange, d'inexpliqué, dans cette éclosion d'une maladie sans lésions, d'une névrose complexe, sous l'influence d'une violence extérieure, mais on ne va pas pour cela inventer je ne sais quelle affection nouvelle, spéciale au traumatisme, créée par lui de toutes pièces, lui appartenant en propre et qui, semblable de tous points à la maladie de Parkinson ou à la maladie de Basedow, ne serait ni la maladie de Parkinson, ni la maladie de Basedow. Par une juste appréciation des faits on range l'espèce morbide à la place qui lui appartient dans le cadre nosographique et l'on admet que le traumatisme est intervenu seulement à titre d'agent provocateur. C'est que, dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, l'individualité clinique et la notoriété de la maladie priment dans l'esprit des cliniciens son origine traumatique. Ainsi se trouve écartée sans débat l'interprétation fort erronée et peu philosophique qui concéderait aux chocs traumatiques le pouvoir qu'ils n'ont certainement pas de créer, indépendamment des lésions matérielles qu'ils déterminent, des espèces morbides autonomes.

En dehors de ces états morbides bien définis, il est fréquent de voir se développer, à la suite et sous l'influence des traumatismes les plus divers, un certain groupe de troubles nerveux qui ont été dans ces dernières années minutieusement analysés, parfaitement décrits, mais sur la nature desquels on ne s'entend pas. Ce sont ces troubles auxquels les médecins anglais et américains ont appliqué, pour les avoir plus particulièrement observés chez des sujets victimes de collisions de chemins de fer, les dénominations de railway-spine, puis de railway-brain. Ce n'est pas que le complexus symptomatique ainsi désigné se montre seulement sous l'influence des accidents de chemins de fer. En réalité, tous les chocs, les violences de tout genre, les chutes, les coups, les brûlures...etc., peuvent en provoquer l'apparition. Un choc physique quelconque, l'état de frayeur qui le plus souvent l'accompagne, tels sont les deux éléments qu'on retrouve généralement à l'origine des troubles nerveux en question. Parfois même, et cette particularité a bien son importance, le traumatisme physique a fait complètement défaut, et la terreur, l'émotion subite éprouvée par le sujet, le *shock nerveux*, comme on dit, a suffi pour les faire naître.

L'historique des travaux et des discussions suscités par cette question du railway-spine a été parfaitement exposé par mon ami G. Guinon dans sa thèse sur les *Agents provocateurs de l'hystérie* et, tout récemment encore, par M. le Dr Gilles de la Tourette dans un rappport présenté au Congrès international de médecine légale. Nous n'avons donc pas à le retracer ici en détail. Il nous suffira d'en rappeler brièvement les points principaux.

L'ancienne opinion d'Erichsen, qui attribuait ces troubles nerveux à une inflammation de la moelle et de ses enveloppes, est définitivement abandonnée.

Tous les auteurs, ou presque tous, admettent aujourd'hui que les symptômes dont l'ensemble constitue le railway-spine sont d'ordre dynamique, qu'ils sont de la nature des névroses c'est-à-dire des états pathologiques du système nerveux qui ne relèvent d'aucune lésion organique accessible à nos moyens d'investigation. Cette conception ne repose sur aucune preuve anatomique, car les autopsies font défaut. Mais elle a sa raison d'être dans ce fait que les symptômes du railway-spine échappent, par leur multiplicité et leur mode de groupement, à toute tentative de localisation cérébrale ou spinale et qu'ils présentent une analogie flagrante, pour ne pas dire plus, les uns avec les symptômes caractéristiques de la neurasthénie de Beard, les autres avec les stigmates de l'hystérie. Quoi qu'il en soit, chacun reconnaît aujourd'hui que les troubles nerveux du railway-spine sont, selon toute vraisemblance, d'ordre dynamique.

La discussion porte actuellement sur la question de savoir à quelles formes nosologiques il convient de rapporter l'ensemble symptomatique désigné par les termes de railway-spine ou railway-brain. Deux opinions sont en présence.

Notre maître, M. le professeur Charcot, soutient avec M. Page, avec M. Putnam et Walton, que la neurasthénie et l'hystérie constituent, soit isolément, soit combinées chez le même malade, les principaux facteurs du railway-spine.

Cette doctrine a rencontré en Allemagne une opposition opiniâtre.

MM. Oppenheim et Thomson, Strumpel, Schultze, Knapp.. etc. n'ont pas voulu reconnaître qu'il s'agit là d'hystérie. Pour eux, les troubles nerveux du railway-spine, pris en bloc, constitueraient un état pathologique nouveau, non encore décrit, et qu'ils ont dénommé la *névrose traumatique*.

Présentée sous une forme aussi intransigeante, aussi absolue, l'opinion des médecins allemands n'était pas soutenable. Il existe, en effet, parmi les observations de railway-spine publiées jusqu'à ce jour, des cas si nets, si typiques, soit de neurasthénie, soit d'hystérie pure, que toute contestation à l'égard de ces faits devenait impossible. En présence de ces indéniables d'hystéro-traumatisme apportés par M. Charcot en France, par MM. Bernhard, Leyden, Westphall, en Allemagne, il a bien fallu reconnaître que l'hystérie occupait une large place dans le railway-spine. Cette évolution des esprits, en Allemagne, vers la théorie française s'est accentuée dans le mémoire de Strumpell paru en 1888, et dans son dernier travail (*Die traumatische neurosen*, 1889) M. Oppenheim semble réserver la dénomination de névrose traumatique au groupe plus restreint des cas complexes dans lesquels la neurasthénie et l'hystérie se trouvent associées. C'est donc autour des faits de cet ordre que semble s'être cantonné le débat. Les observations que nous allons rapporter ressortissent à cette catégorie de cas qui servent aujourd'hui de substratum à la prétendue névrose traumatique.

OBSERVATION I.

Accident de chemin de fer. Neurasthénie et hystérie consécutives.

Claw... Louis, âgé de 42 ans, employé de la Compagnie internationale des wagons-lits, est entré à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, le 3 juillet 1889.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne peut donner aucune indication sur l'état de santé de ses grands-parents. Cette réserve faite, on ne retrouve chez ses ascendants, dans la ligne directe comme dans la ligne collatérale, aucun élément d'hérédité névropathique. Son *père* est mort à l'âge de 68 ans; il était « d'un tempérament calme » et n'avait jamais commis d'excès d'aucune sorte. Trois *oncles* vivants et en parfaite santé.

Du *côté maternel* : Sa *mère* est morte subitement à 69 ans; elle n'était pas nerveuse et n'avait jamais été malade. Un oncle vit encore, bien portant. Le malade a eu onze frères ou sœurs : une sœur est morte en bas âge; une autre sœur a succombé à une maladie de poitrine à l'âge de 11 ans; un frère est mort de pneumonie à 32 ans. Tous les autres vivent en parfaite santé. Le malade affirme qu'il n'y a dans sa famille, ni goutteux, ni rhumatisants, ni épileptiques, ni aliénés.

Antécédents personnels. — Claw. est né en Alsace; dans son enfance, il a vécu à la campagne, travaillant aux champs. Il n'a pas été sujet à ces terreurs nocturnes, à ces hallucinations hypnagogiques si fréquentes chez les jeunes enfants issus de couche névropathique.

A l'âge de 18 ans, il fit une chute dans laquelle il se contusionna fortement l'épaule droite.

En 1870, il reçut, à Gravelotte, un coup de feu au mollet gauche. La plaie qui était superficielle se cicatrisa rapidement et, après un mois de repos, il put reprendre son service. Ces deux traumatismes, tout son passé pathologique, n'eurent aucune suite fâcheuse et n'altérèrent en rien sa santé générale.

Il a toujours été un homme sobre, nullement porté aux excès alcooliques ou autres, de mœurs simples et tranquilles. Marié, il a eu sept enfants; deux de ses enfants sont morts du croup; les autres sont bien portants.

Après la guerre, il vint habiter Paris. Il a été successivement garçon d'hôtel, valet de chambre, et puis garde de propriété en Normandie.

Il y a un an, en juin 1888, il entra comme conducteur à la Compagnie des wagons-lits. Ses fonctions consistaient à surveiller les voitures de la compagnie dans les trains en marche et à aider au service des voyageurs. Cette existence, faite de voyages incessants, de sommeils interrompus, de préoccupations continuelles, de responsabilités sérieuses, contrastait singulièrement avec la vie calme et régulière qu'il menait avant d'entrer au service de la compagnie, alors qu'il était garde de propriété en Normandie. Cependant, malgré les fatigues qu'il avait à subir dans l'exercice de sa nouvelle profession, sa santé resta parfaite. Il n'éprouvait aucun malaise, aucun trouble nerveux notamment, lorsqu'il fut victime d'un accident de chemin de fer dans les circonstances que voici :

Pendant la nuit du 4 au 5 septembre 1888, C... se trouvait dans un train rapide venant de Genève et allant à Paris. Vers 3 heures du matin, à Velars, près de Dijon, ce train dérailla, empiéta sur la voie collatérale et fut pris aussitôt en écharpe par un train express lancé à toute vitesse. Le malade raconte qu'il était debout dans le couloir du wagon au moment où le choc se produisit. Il fut projeté contre la paroi du compartiment et perdit immédiatement connaissance. Quand il revint à lui, deux ou trois minutes après, il s'entendit appeler par les voyageurs; il se leva rapidement et sans difficulté. L'obscurité était complète; les lampes s'étant éteintes au moment de la collision; il chercha à tâtons un sac dans le quel il se souvenait d'avoir mis une bougie, puis ne le trouvant pas, il sortit du wagon en passant à travers les débris de toutes sortes qui l'environnaient. Arrivé sur le talus qui bordait la voie, il examina s'il n'était point blessé et il s'aperçut qu'il avait des contusions au côté gauche de la poitrine, une plaie superficielle sur la face dorsale du poignet droit et une longue éraflure à la jambe gauche. Ces blessures ne saignaient pas, ne lui causaient aucune douleur, il avait conservé la liberté et l'énergie de tous ses mouvements. Les voyageurs qui se trouvaient couchés dans sa voiture au moment du choc étaient sains et saufs. Pendant deux heures environ il travailla sans relâche à secourir les blessés, à dégager les voyageurs emprisonnés sous les décombres. C'est alors seulement qu'il commença à se sentir ému; à ce moment il éprouva un malaise général; ses forces faiblirent, ses jambes se dérobaient sous lui. Il dut cesser de travailler, et, après avoir fait panser son poignet et sa jambe blessée, il alla se coucher. Mais il était dans un tel état d'angoisse et d'agitation qu'il lui fut impossible de dormir. Il resta ainsi toute la journée du 5 septembre sur le lieu de l'accident, assistant au sauvetage et à l'enlèvement des victimes, sous le coup d'une émotion grandissante qui le faisait parfois trembler de tous ses membres et qu'il ne pouvait pas maîtriser. Il passa la nuit suivante couché dans un wagon-lit. Mais il ne put fermer l'œil. Il avait, nous dit-il, la tête perdue; il lui semblait entendre les cris des blessés, il revoyait tous les accidents du drame auquel il venait d'assister. Le lendemain au soir, quand il arriva à Paris, il était encore tremblant et tout ému. On dut l'aider à descendre du wagon.

Rentré chez lui, le malade s'alita jusqu'à la complète guérison de ses contusions et de ses blessures, c'est-à-dire pendant une dizaine de jours. Durant cette période, il se plaignait surtout de ne pouvoir pas dormir. Dans la journée il était assez calme; mais tous les soirs vers 8 ou 9 heures, il entrait dans un état d'agitation violente accompagnée de rêves, de cauchemars et parfois même d'hal-

lucinations. Tantôt il se croyait dans un train en marche, il parlait à haute voix, parlait aux voyageurs, appelait un de ses camarades, etc., tantôt il assistait à certaines scènes de l'accident de Velars. Parfois il avait des visions de chats ou de rats courant sur ses couvertures. Une nuit il se leva, saisit un seau d'eau et se mit à poursuivre des rats, voulant disait-il, les noyer. Pendant ces sortes de rêves en action, il appelait sa femme, lui montrait avec insistance ces animaux imaginaires, l'invitait à les tuer, etc. Il ne se calmait qu'aux approches du jour, vers 4 ou 5 heures du matin.

Dix jours après l'accident, ses blessures étant guéries, il put se lever et faire quelques promenades au dehors. Mais dans la dernière semaine de septembre il commença à éprouver un mal de tête, consistant en une sensation continnelle de serrement ou de poids pesant sur tout le crâne.

Cette céphalée était particulièrement intense dans la région occipitale. En outre, il se plaignait d'une gêne douloureuse siégeant à la partie inférieure du dos sur la ligne médiane, un peu au-dessus du sacrum. Cela lui faisait mal lorsqu'il passait de la station assise à la station debout, ou bien quand il se baissait pour ramasser un objet. Il n'avait plus d'appétit; ses digestions étaient pénibles; il se plaignait d'avoir l'estomac gonflé; après les repas il était pris d'un besoin de sommeil irrésistible. Il attribua tous ces troubles à la vie sédentaire qu'il menait depuis son accident et il se décida à reprendre ses fonctions de conducteur.

Au commencement du mois d'octobre, un mois après l'accident, il fit un voyage à Vienne. Pendant le trajet, il remarqua, en délivrant un reçu à un voyageur, que sa main droite tremblait; ce tremblement fut assez prononcé pour l'empêcher d'écrire, mais il s'atténua quelques heures après. De retour à Paris, quand il remit son carnet au contrôleur de la Compagnie, celui-ci lui fit observer que ses écritures étaient en désordre et que ses comptes étaient faux. Il s'excusa en disant « que depuis l'accident qui lui était arrivé, il n'avait plus sa tête à lui, que sa mémoire était embrouillée ».

Après quelques jours de repos, il partit pour un second voyage. Il devait aller jusqu'à Madrid. Mais arrivé à Bordeaux il fut obligé de s'arrêter. Le tremblement de la main droite s'était accentué, de même que la céphalée constrictive; il sentait que sa jambe et son bras droits devenaient faibles; il obtint un congé et rentra chez lui.

Pendant une huitaine de jours il garda la chambre. Il était triste, maussade, tout l'agaçait. Il se mettait tout à coup à pleurer sans trop savoir pourquoi. Constamment préoccupé de son état de santé, il disait souvent à sa femme « *qu'il avait peur d'être paralysé* ». Le tremblement du membre supérieur droit était devenu incessant; la jambe droite commençait aussi à trembler. Les troubles dyspeptiques, la céphalée constrictive, le point douloureux lombaire, persistaient. Parfois il était pris de vertiges. Tel était l'état du malade lorsque, dans les premiers jours de novembre, il eut ce qu'il appelle sa première « attaque de nerfs ».

Un jour, vers 6 heures du soir, étant dans sa chambre, il éprouva tout à coup « comme des secousses électriques dans les membres, puis il sentit quelque chose lui monter à la gorge; il étouffait ». Ses tempes battaient, il entendait des bourdonnements dans les oreilles; au même instant sa vue se troubla et il tomba sans connaissance. Quand il revint à lui, au bout de dix minutes environ, sa femme qui était présente lui raconta ce qui s'était passé : il s'était débattu, il s'était roulé sur le parquet en criant et en cherchant à déchirer ses habits et elle ajouta : « Tu as eu une crise de nerfs comme la voisine ». Or, renseignements pris, la voisine est une hystérique avérée, qui a de temps en temps de grandes attaques, et qui « lorsqu'elle sent qu'elle va avoir sa crise », appelle auprès d'elle la femme du malade.

Au sortir de cette première attaque, Claw... remarqua que sa jambe et son bras droits tremblaient plus fort, que ces membres étaient devenus beaucoup plus faibles.

Deux jours après, il eut encore vers 7 heures du soir, une seconde attaque semblable à la première et précédée comme elle des mêmes sensations de serrement à la gorge, d'étouffement, de battements dans les tempes, etc. Depuis cette époque les crises allaient se répétant à des intervalles variables. Au mois de janvier 1889, il alla consulter à l'hôpital Necker et, sous l'influence du traitement hydrothérapique qui lui fut prescrit par M. le Dr Rendu, ces crises devinrent quelque temps moins fréquentes. Depuis lors tous les troubles que présentait le malade lors de sa première attaque ont persisté sans se modifier le moins du monde, en dépit des thérapeutiques diverses auxquelles il a été soumis.

Voici quel est l'état du malade le 3 juillet 1889, jour de son entrée à la Salpêtrière.

Etat actuel (3 juillet 1889). C'est un homme de taille moyenne, bien musclé et d'aspect assez robuste. Il est intelligent; il répond avec précision aux questions qu'on lui pose, mais d'une voix cassée et qui tremble par instants.

Motilité. — Les traits du visage sont symétriques et réguliers. Il n'y a aucune apparence de spasme ni de paralysie. La langue est tirée droite et se meut dans tous les sens sans difficulté.

Le malade se plaint d'avoir perdu ses forces; à peine a-t-il fait quelques pas qu'il se sent fatigué. Indépendamment de cet affaiblissement général, il existe chez lui une parésie très prononcée des membres du côté droit.

Le membre supérieur droit est un peu moins affaibli que la jambe. Le malade peut exécuter avec son bras droit tous les mouvements qu'on lui commande, mais à la condition que ces mouvements ne nécessitent pas d'effort.

Au dynamomètre..... { main droite = 11 kilogrammes.
{ — gauche = 36 —

La main droite est animée d'un tremblement continu assez rapide, qui s'atténue légèrement quand le malade laisse reposer sa main sur ses genoux, et qui s'accroît quand il saisit un objet. Les oscillations sont assez fortes pour que le malade ne puisse pas porter un verre d'eau à sa bouche, sans répandre une partie du liquide. Ce tremblement cesse pendant le sommeil, il s'accroît sous l'influence des émotions, des efforts; cependant pendant deux ou trois jours après chaque attaque, il acquiert une intensité telle que le malade est incapable de se servir de sa main

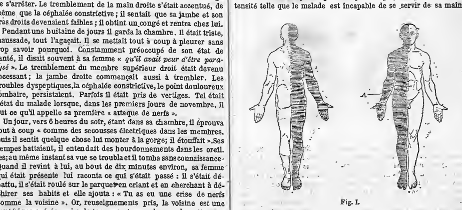


Fig. I.

droite pour manger ou bien pour boutonner sa veste par exemple.

Le membre inférieur droit tremble aussi, mais beaucoup moins que le bras. Par contre, il est relativement plus affaibli. Le malade ne peut pas se tenir debout sur le pied droit; il marche lentement, en s'aidant d'une canne; il boite et traîne un peu le pied par moments. Les réflexes tendineux sont conservés et d'intensité normale.

Sensibilité. — On constate une anesthésie absolue dans toute la moitié droite du corps pour la sensibilité à la douleur, la sensibilité thermique et le sens musculaire. Par contre la sensibilité tactile n'est que diminuée. La conjonctive de l'œil droit, la muqueuse nasale du côté droit, la moitié droite du pharynx sont complètement insensibles.

On peut comprimer fortement le testicule droit sans provoquer aucune douleur.

Sens. — L'ouïe et l'odorat sont affaiblis notablement du côté droit.

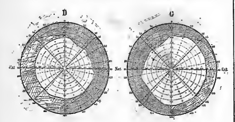
Le goût est complètement aboli sur toute la moitié droite de la langue.

Pas de troubles oculaires.

Zone hystérogène. — Lorsqu'on exerce une pression un peu énergique au niveau de la partie droite de l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pli de l'aine, le malade accuse d'abord une vive douleur, puis il sent comme une boule qui lui monte du ventre à la gorge; sa respiration devient anxieuse, et si on l'interroge sur ce qu'il éprouve, il se plaint d'avoir des bourdonnements dans les oreilles, des battements dans les tempes; puis sa vue se brouille et il menace de tomber, les choses s'arrêtent là et l'aura ainsi provoquée n'est pas suivie d'attaque.

État mental. — Depuis l'accident dont il a été victime, le malade est triste, apathique; il cause peu; parfois il pleure sans motif. Il n'a plus la vivacité d'esprit, l'entrain, qu'il avait autrefois, mais son intelligence paraît intacte. Par contre sa mémoire est affaiblie; il le sait et il s'en plaint. « Il y a des jours dit-il, on j'oublie tout ce que je viens de faire et d'autres jours je me rappelle très bien. » Cependant il nous a raconté l'histoire de sa maladie, à plusieurs reprises, sans trop d'hésitation et sans trop varier dans ses assertions.

Enfin le malade accuse toujours cette céphalée gravative incessante et prédominant dans la région occipitale, qui est apparue dès la seconde semaine après la collision. Dès qu'il se met à lire, son mal de tête s'accroît. Il a souvent des vertiges. L'appétit est médiocre, les digestions sont pénibles, il étouffe et il a le sang à la tête après le repas.



Le 6 juillet le malade demande sa sortie. Nous l'avons revu et examiné à nouveau le 25 juillet, puis le 4 et le 26 août. Il n'y a rien de changé dans son état. Il présente exactement les mêmes symptômes que nous avions constatés pendant son séjour dans le service de la Clinique. Il a toujours des attaques, une ou deux par semaine en moyenne. Mais il existe chez lui, actuellement, de la diplopie monoculaire et un rétrécissement concentrique et permanent du champ visuel (examen du 26 août), signes qui faisaient encore défaut à l'époque où le malade a quitté l'hôpital.

Il est difficile, en vérité, de ne pas reconnaître dans l'histoire clinique du cas de railway-spine qui précède, l'association d'un état neurasthénique des plus nets et de l'hystérie. Si, actuellement, les symptômes de l'une et l'autre névrose se trouvent réunis chez ce malade de façon à constituer un complexus en apparence autonome, il n'en a pas toujours été ainsi.

Les signes de la neurasthénie ont apparu chez Claw... trois semaines environ après l'accident dont il a été victime. Une céphalée constrictive, tenace, généralisée, mais prédominante à l'occiput, une zone médiocrement douloureuse, située à la partie inférieure de la colonne lombaire, l'appétit nul, des digestions pénibles, un affaiblissement général, de la tristesse, la mémoire amoindrie, voilà quels sont les troubles qu'il a tout d'abord accusés. En quoi cet état diffère-t-il du tableau symptomatique de la névrose de Beard? Or, ce n'est qu'un mois plus tard que se sont montrées les premières manifestations hystériques, telles que la parésie, le tremblement des membres du côté droit et les attaques. Le sujet a donc été pendant un certain temps seulement neurasthénique; après quoi l'hystérie est venue s'ajouter à la neurasthénie déjà existante. Celle-ci a précédé un moment celle-là. La dissociation clinique des deux névroses, lorsqu'elles se combinent ainsi chez le même individu, est donc parfaitement légitime, elle répond à la réalité des faits; elle n'est pas seulement une vue de l'esprit, puisque l'hystérie et la neurasthénie peuvent apparaître successivement chez le même malade, comme elles peuvent se montrer isolément sur des sujets différents.

L'existence de l'hystérie chez notre patient ne saurait, je pense, être révoquée en doute. Une hémianesthésie droite totale, absolue, pour la douleur, la sensibilité thermique et le sens musculaire, un rétrécissement concentrique du champ visuel des deux yeux, l'abolition du goût dans toute la moitié droite de la langue, un affaiblissement très appréciable de l'ouïe et de l'odorat du même côté, une zone hystérogène, des attaques caractéristiques, que faut-il de plus? Je ne vois vraiment pas par quels artifices de dialectique on pourrait démontrer que cet assemblage de symptômes, tout identique qu'il est aux stigmates de l'hystérie, n'est pas de nature purement et simplement hystérique.

Il est vrai que MM. Oppenheim et Thomsen ont cru trouver, dans la ténacité des anesthésies chez les traumatisés, un caractère qui permettrait de les différencier des anesthésies vraiment hystériques. L'anesthésie des traumatisés, disent-ils, est toujours tenace; elle ne présente pas cette mobilité, ces changements capricieux qui *caractérisent* les anesthésies hystériques. Mais cet argument ne vaut pas. Il est né, M. Charcot (1) l'a parfaitement dit, « de l'idée relativement fausse que l'on se fait en général du tableau clinique de l'hystérie chez la femme. Chez le mâle, en effet, la maladie se présente souvent comme une affection remarquable par la permanence et la ténacité des symptômes qui la caractérisent. Chez la femme, au contraire, — et c'est là ce qui semble faire la différence capitale entre les deux sexes, pour qui ne connaît pas à fond la maladie chez la femme, — ce que l'on *croit* être le trait caractéristique de l'hystérie, c'est l'instabilité, la mobilité des symptômes... Or cette mobilité, cette fugacité n'est pas, tant s'en faut, notre maître l'a montré par de nombreux exemples, un caractère univoque de la maladie hystérique, même chez la femme. Chez elle, il y a des hystéries aux stigmates permanents, d'une stabilité inéluctable, résistant pendant des années entières aux interventions les mieux conduites. »

Un autre argument invoqué à l'appui de leur thèse, par les mêmes auteurs, c'est que l'*état psychique* des traumatisés n'est pas celui des hystériques. Ces derniers sont d'humeur fantasque, changeante, le plus souvent indifférents ou gais,

(1) Leçons sur les maladies du système nerv., t, III, p. 252.

Les traumatisés sont toujours tristes, mélancoliques, tourmentés par des rêves effrayants, des hallucinations hypnagogiques; leur mémoire présente de nombreuses lacunes; leurs facultés intellectuelles sont amoindries. Tous ces désordres dans l'état mental constitueraient, si l'on en croit MM. Oppenheim et Thomsen, une *psychose* spéciale appartenant en propre aux traumatisés et complètement étrangère à l'hystérie proprement dite.

Cependant, si l'on examine un à un les divers éléments qui par leur assemblage, forment cette prétendue psychose, on n'en découvre véritablement aucun qui ne soit connu déjà comme appartenant au tableau clinique soit de la neurasthénie, soit de l'hystérie.

La tristesse, la mélancolie, l'apathie intellectuelle? Mais M. Charcot a déjà montré que chez le mâle en particulier, la dépression et la tendance mélancolique s'observent le plus communément dans les cas d'hystérie les plus accusés, les moins contestables. Et puis les changements d'humeur, les caprices n'existent pas toujours, nécessairement, dans l'hystérie de la femme. Ils ne sont donc pas *caractéristiques* de l'hystérie. Tout cela n'a rien d'absolu. Il y a des hystériques mâles qui sont gais, et l'on peut rencontrer des femmes hystériques d'humeur toujours mélancolique, tristes, déprimées, à la manière des traumatisés, alors même que le traumatisme n'est pas à l'origine de leur névrose. La malade de notre observation III en est un exemple.

Les rêves effrayants auxquels l'accident dont les malades ont été victimes sert très souvent de thème, les visions d'animaux, les hallucinations... etc.; mais tout cela c'est la monnaie courante de l'hystérie.

Il y a encore l'affaiblissement de la mémoire, la torpeur intellectuelle. Est-ce qu'il n'est pas banal de rencontrer de purs neurasthéniques que leur état d'apathie, de dépression mentale, leur mémoire troublée rendent incapables de se livrer à leurs occupations habituelles? Qu'ont donc de spécial les troubles psychiques des traumatisés? En réalité, ils ressortissent les uns à la neurasthénie, les autres à l'hystérie. Leur association chez un même individu ne légitime pas plus la création d'une psychose nouvelle, que la combinaison de l'hystérie et de la neurasthénie ne constitue une névrose particulière, qui serait la névrose traumatique.

Il est certain que cette superposition des symptômes de la neurasthénie aux stigmates hystériques s'observe plus habituellement chez les traumatisés. Mais il ne faut pas oublier que le traumatisme n'a nullement le privilège de déterminer l'apparition de cet état complexe dans lequel l'hystérie et la neurasthénie se développent côte à côte.

Souvent le choc physique a fait défaut ou n'a pas atteint le malade; celui-ci n'a été ni contusionné, ni commotionné le moins du monde; il a seulement éprouvé, au moment où l'accident s'est produit, une frayeur plus ou moins vive, une émotion soudaine. On dit alors qu'il y a eu *shock nerveux*. Cette expression fait image; mais elle ne saurait évidemment signifier autre chose que: émotion subite. Il faut se garder de la prendre trop à la lettre et ne pas s'imaginer, sous prétexte que dans «shock nerveux» il y a «shock», qu'un sujet qui devient hystéro-neurasthénique, par exemple, pour avoir *failli* être tamponné en traversant la voie ferrée, est malade au même titre que tel autre voyageur qui a subi les effets matériels et psychiques d'une collision. Le premier de ces malades n'appartient plus à la série traumatique. Son cas doit être rangé dans la catégorie des hystéries provoquées par une émotion quelconque. Si l'on veut faire passer les faits de cet ordre à l'actif du railway-spine ou de la névrose traumatique, nous demanderons en quoi le shock nerveux éprouvé par un individu qui voit avec terreur une locomotive arriver sur lui, mais qui peut se sauver à temps sans être atteint, diffère du shock nerveux de tel autre individu qui apprend tout à coup qu'il a perdu sa fortune ou qui voit périr son fils de mort violente.... etc. Dans tout cela, où est le traumatisme, et, partant, que devient la névrose traumatique?

Au surplus, le «shock nerveux» lui-même peut faire défaut. Il n'est pas plus indispensable à la production d'un état hystéro-neurasthénique parfaitement caractérisé que le choc physique. Les deux observations qui vont suivre nous paraissent être parfaitement démonstratives à cet égard.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU COEUR.

I. — SUR LA SIGNIFICATION CLINIQUE DES CELLULES QU'ON TROUVE DANS LES CRACHATS DE CERTAINS CARDIAQUES (*Herzfehlerzellen*), par le prof. F. A. HOFFMANN, *Deutsches Archiv für Klin. Medizin.*, T. XLV, fasc. 3 et 4, 1889.

II. — SUR LA GENÈSE ET LA SIGNIFICATION DES CELLULES DITES « CELLULES DE LÉSIONS CARDIAQUES », par le prof. J. SOMMERBRODT. *Berliner Klin. Wochenschrift.* 1889, n° 47, p. 1025.

III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MYOCARDITE CHRONIQUE, par le prof. RIEGEL. *Zeitschrift für Klin. Medicin.* T. XIV, fasc. 4, p. 328.

I. — Depuis longtemps, on avait signalé la présence, dans les crachats des malades affectés de certaines formes de lésion cardiaque, de cellules remarquables par leur volume considérable, par leur forme ovalaire, par la présence d'un noyau vésiculaire, et de pigment dont la teinte varie du jaune brun au rouge brun. Tantôt ce pigment communique à la cellule une teinte uniforme, tantôt il forme des granulations et des plaquettes de dimensions variables, dont les plus volumineuses ont un aspect cristallin. De vrais cristaux, il ne s'en rencontre pas dans ces cellules.

Celles-ci sont désignées couramment, à la clinique médicale de Leipzig, sous le nom de «cellules de lésions cardiaques» (*Herzfehlerzellen*). Il en avait été question plus d'une fois jusqu'alors, mais à l'idée de M. Hoffmann, leur signification clinique n'est pas encore appréciée à sa juste valeur.

Biermer (*Krankheiten der Bronchien, etc.*) a signalé la présence de ces cellules dans les crachats des pneumoniques et des sujets affectés d'un infarctus hémorrhagique des poumons. Eichhorst (*Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden*, T. I, p. 383) déclare qu'on ne les observe pas souvent, et que leur apparition semble être en rapport avec une hémorrhagie pulmonaire antécédente. Peyer (*Atlas der Mikroscopie am Krankenbett*, 1888) dit que ces cellules épithéliales pigmentées se rencontrent assez souvent dans les crachats des tuberculeux, des pneumoniques, et surtout dans les crachats des sujets atteints d'une lésion mitrale, insuffisance ou rétrécissement. Strümpell (*Lehrbuch der speciellen Pathologie*, T. I, p. 375) incline à attribuer à ces cellules une valeur relativement grande, dans le diagnostic des altérations pulmonaires en rapport avec une lésion cardiaque (myocardite). Vierord (*Diagnostik der inneren Krankheiten*, p. 145) a exprimé une opinion analogue.

Mais tandis que certains auteurs, Strümpell notamment, considèrent ces cellules comme dérivant des leucocytes,

M. Hoffmann prétend qu'elles ne sont autres que des cellules épithéliales détachées de la paroi des alvéoles et imprégnées de pigment brun ou jaune. Il a fait valoir, à l'appui de cette opinion, un certain nombre d'arguments qui n'ont à vrai dire qu'une valeur relative.

Les « cellules des lésions cardiaques » ne diffèrent, en somme, du produit normal de desquamation de l'épithélium alvéolaire que par leur contenu pigmentaire : les premières renferment du pigment jaune ou brun, quelquefois du pigment noir; les secondes du pigment noir seulement. Or, il existe une différence essentielle, fondamentale, entre le pigment jaune ou brun et le pigment noir; le premier dérive de la matière colorante du sang, le second est formé par des poussières venues dans les poumons du dehors. La première variété de pigment ne saurait dès lors se transformer en la seconde. D'ailleurs, la transformation du pigment sanguin en pigment noir ne peut s'opérer que dans des circonstances spéciales et dans certains organes seulement, jamais dans les poumons.

Quelle est la signification diagnostique de la présence, dans les crachats, de ces cellules épithéliales détachées des alvéoles pulmonaires et imprégnées de pigment? Les recherches faites par M. Hoffmann, pour élucider cette question, l'ont conduit à conclure : que la présence de ces cellules dans les crachats est en rapport avec un état bien défini des poumons, avec la stase sanguine produite dans le réseau capillaire de la petite circulation par une lésion cardiaque, lésion valvulaire ou simple myocardite. Pour que ces cellules apparaissent dans les matières expectorées, il n'est pas besoin que cette stase sanguine aille jusqu'à production d'une hémorrhagie, d'un infarctus; il n'est donc pas nécessaire que les crachats soient colorés en brun ou en rouge. Les crachats blancs renferment des « cellules de lésions cardiaques », dans les circonstances susdites; par contre, les crachats rouges et bruns des hémoptisiques et des pneumoniques n'en renferment pas, lorsque le cœur est intact, ainsi qu'il résulte des recherches faites par l'auteur, dans trois cas d'hémoptysies chez des phtisiques et dans quinze cas de pneumonie fibrineuse.

D'après cela, dans un cas de lésion mitrale avérée, compliquée de catarrhe pulmonaire, la recherche des « cellules de lésions cardiaques » dans les crachats permettra de trancher la question de savoir si on a affaire à une complication fortuite, accidentelle, de bronchite, ou à une hyperémie passive, à un catarrhe par stase veineuse.

Cette même recherche aura plus d'importance encore dans les cas de catarrhe chronique des bronches avec emphysème, sans signes concomitants d'une lésion valvulaire ou d'orifices lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une lésion cardiaque (myocardite, adhérences péricardiques) qui ne se révèle pas par des signes stethoscopiques appréciables. En pareilles circonstances, la constatation, dans les crachats, de ces cellules épithéliales alvéolaires infiltrées de pigment sanguin constitue une forte présomption en faveur d'une myocardite. En pareil cas aussi, l'administration de la digitale produit des résultats salutaires qu'on n'obtient pas quand on administre ce médicament dans un cas d'emphysème avec bronchite sans lésion cardiaque, c'est Hoffmann qui l'affirme. Il ajoute que, d'après les observations par lui faites jusqu'ici, l'induration brune du poumon ne se rencontre pas comme conséquence de la dégénérescence graisseuse simple du cœur. Partant, la recherche des cellules épithéliales infiltrées de pigment peut servir à faire le diagnostic différentiel entre la myocardite et la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, dans un cas de lésion présumée du myocarde.

II. — M. Sommerbrodt a publié jadis (*Virchow's Archiv*, T. LV. fasc. 1 et 2, p. 165, 1872) un travail intitulé : Le sang épanché dans les voies respiratoires a-t-il une signification étiologique pour la phtisie pulmonaire ? Dans ce travail, que M. Sommerbrodt reproche à M. Hoffmann d'avoir passé sous silence, il est question pour la première fois de ces cellules épithéliales détachées de la paroi des alvéoles pulmonaires et infiltrées de pigment, désignées par M. Hoffmann sous le nom de « cellules de lésions cardiaques ».

Pour établir le bien fondé de sa réclamation, M. Sommerbrodt cite un certain nombre d'extraits de son travail. Il rappelle qu'il s'agissait de recherches expérimentales faites sur des chiens, et consistant à injecter à ces animaux du sang dans la trachée) pour ensuite étudier les altérations qui devaient se produire dans les alvéoles pulmonaires. C'est dans ces conditions que M. Sommerbrodt a vu apparaître, dans le contenu des alvéoles, deux ou trois heures après les injections de sang dans la trachée, des cellules dont la description répond d'une façon très exacte à celle que donne M. Hoffmann des « cellules de lésions cardiaques ». De plus M. Sommerbrodt avait cru fournir la preuve qu'il s'agissait de cellules détachées de la paroi des alvéoles et dans la masse desquelles avaient pénétré des globules rouges, dont la matière colorante subissait ensuite les métamorphoses régressives bien connues.

M. Hoffmann explique dans son travail, que si les cellules épithéliales infiltrées de pigment ne se rencontrent pas dans les crachats des hémoptysiques et des pneumoniques, mais seulement dans les crachats des cardiaques, cela tient à ceci : Dans les cas d'une stase sanguine d'origine cardiaque, les globules rouges parviennent dans les alvéoles, en partie par voie de diapédèse, en partie à la suite d'hémorrhagies capillaires, et ils se trouvent, en quelque sorte, protégés par les cellules qui tapissent la paroi des alvéoles. Leur matière colorante trouve ainsi le temps et l'occasion d'infiltrer ces cellules. M. Sommerbrodt pense que les cellules infiltrées de pigment manquent dans les matières expirées par les hémoptysiques et les pneumoniques, parce que chez ces malades, l'hémorrhagie pulmonaire est circonscrite et le séjour du sang dans les alvéoles temporaire, tandis que chez les cardiaques, les hémorrhagies capillaires se font dans une grande étendue des poumons, et d'une façon continue pendant une durée relativement longue.

III. — M. Riegel publie la relation très détaillée d'un cas de myocardite chronique, à propos duquel il s'occupe d'établir sur des bases précises, le diagnostic de cette forme d'affection cardiaque.

On enseigne couramment, dans les traités classiques, qu'il est impossible de diagnostiquer, à coup sûr, la myocardite chronique, du vivant des malades, que les symptômes sont les mêmes dans la myocardite, dans la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et dans d'autres affections du myocarde; et que dans ces divers cas, on en est réduit à porter le diagnostic de faiblesses du cœur, d'insuffisance des contractions cardiaques, sans pouvoir spécifier la cause anatomique dont elle est l'expression.

Déjà Rühle (*Deutsches Archiv für Klin. Medicin* T. XXII, fasc. p. 82-18), avait combattu cette manière d'envisager les choses, en indiquant un certain nombre de caractères cliniques qui, réalisés dans leur ensemble, permettent de diagnostiquer la myocardite chronique primitive, avec un grand degré de certitude. M. Riegel vient de reprendre cette thèse, à propos de l'observation citée à l'instant; voici comment, d'accord avec Rühle, il comprend le diagnostic de la myocardite chronique.

Considéré dans son ensemble, le tableau clinique de la myocardite chronique est, à certaines périodes de la maladie, celui qu'on trouve réalisé dans les cas de lésion valvulaire avec rupture de la compensation. Il y a insuffisance d'action de la paroi contractile du ventricule gauche, par suite, réplétion insuffisante du système aortique, réplétion exagérée du système veineux, et alors les malades présentent des symptômes variables, en rapport avec des hyperémies passives, des œdèmes de tels ou tels organes, etc. ; voilà qui n'a rien de caractéristique.

La percussion dénote un accroissement de volume du cœur, plus marqué à gauche, qu'à droite. A l'auscultation, les bruits du cœur sont généralement perçus avec nettete, sans souffles. Par contre, les contractions cardiaques sont empreintes d'une grande irrégularite et quant à leur rythme et quant à leur force; le pouls est dépressible, mou, irrégulier, inégal; cette irrégularité du pouls qui, aux yeux de Rühle et de Riegel, constitue le signe par excellence de la myocardite chronique diffuse, ne cède pas à l'administration de la digitale.

Mais, dira-t-on, l'arythmie est une manifestation commune à des états pathologiques nombreux et très dissemblables, voire que Nothnagel (1), dans un travail bien connu, n'énumère pas moins de seize catégories de causes, susceptibles de troubler le rythme cardiaque. A cela, Riegel répond que, dans les cas de myocardite chronique diffuse, l'arythmie se présente avec des caractères tout à fait particuliers.

Ainsi, elle existe dès les premiers débuts de la maladie cardiaque, ce qui n'arrive pas dans les cas de lésion valvulaire, où l'arythmie ne survient que tardivement, à la période de rupture de la compensation.

Elle persiste indéfiniment, depuis le commencement jusqu'à la fin; surviennent des symptômes paroxystiques en rapport avec des hyperémies veineuses, œdème, dyspnée, congestion du foie, et l'administration de la digitale remédiera rapidement à ces désordres, mais elle restera sans influence sur l'arythmie, contrairement à ce qui a lieu, aussi bien dans les cas de simple dégénérescence du myocarde, que dans les cas de lésion valvulaire.

Rühle voit la cause de cette arythmie dans l'altération du myocarde du ventricule gauche, qui entraîne une insuffisance d'action de ce ventricule, et un abaissement de pression dans le système aortique. Pour Riegel, cette explication ne peut convenir qu'aux cas où la myocardite atteint un degré considérable, et pour certaines périodes de la maladie seulement. La véritable cause de cette arythmie, si caractéristique par sa persistance, réside, suivant Riegel, dans l'atteinte portée aux ganglions autochtones du cœur, régulateurs des contractions cardiaques, par les foyers de myocardite. Bien entendu qu'à la longue, la désorganisation progressive du myocarde fera également sentir son influence sur le rythme cardiaque. Quand le cœur n'est envahi que par des foyers de myocardite peu volumineux, et que le malade est à même de se ménager, l'irrégularité du pouls peut, pendant de longues années, constituer l'unique manifestation apparente de la lésion cardiaque. Si, au contraire, le malade s'expose à de grandes fatigues musculaires, et si de plus, les foyers de myocardite atteignent une extension considérable, le ventricule gauche faillit bientôt à sa tâche, se dilate; la matité précordiale s'étend en travers, d'abord vers la gauche, puis vers la droite; le pouls devient extrêmement faible. Puis, en amont du ventricule gauche, s'établit une stase veineuse qui se révèle par le cortège des symptômes qu'on rencontre dans les cas de rupture de la compensation. On administre de la digitale, on réussit un certain nombre de fois à relever l'action défaillante du cœur, tous les accidents se dissipent, sauf l'arythmie, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Les choses se sont passées de la sorte chez le malade de Riegel, pendant une période d'observation de quatre années. Cette observation prête par certains côtés à la critique. A signaler que les premiers symptômes de l'affection cardiaque étaient survenus à la suite d'un traumatisme (coup de pied de cheval, au côté gauche de la poitrine); jusque-là, le sujet avait été d'une santé irréprochable.

M. Riegel a consacré quelques lignes à l'emploi de la digitale dans les cas de myocardite chronique pendant les phases de rupture de la compensation.

E. RICKLIN.

(1) *Deutsches Archiv für Klin. Medicin.* T. XVII, 190.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'INFLUENCE DE L'IMPALUDISME SUR LES FEMMES ENCEINTES, par le Dr RODRIGUES DOS SANTOS. Rio-de-Janeiro, 1888.

Le miasme paludéen crée chez la femme enceinte des conditions très favorables à l'avortement. Pendant les trois premiers mois, les phénomènes d'intoxication paludéenne peuvent, d'après l'auteur, agir sur l'uterus sans amener l'expulsion du produit de la conception ; si la grossesse se poursuit jusqu'au sixième mois, l'intoxication paludéenne provoque, comme conséquence presque inévitable, l'avortement.

Eu égard au mécanisme de l'avortement dans les cas d'impaludisme, c'est-à-dire, aux congestions que cette intoxication entraîne du côté de l'utérus, on possède un précieux médicament, le sulfate de quinine.

On attribue, d'après M. Rodrigues dos Santos, à cet agent thérapeutique la singulière propriété d'être une substance abortive.

Sur quoi se base donc cette assertion ? Sur le fait que l'avortement peut se produire après l'emploi de cet agent ? Ce serait une interprétation erronée, qui reviendrait à adopter le — *Post hoc, ergo propter hoc.* — Sur quels fondements est-il possible d'attribuer au sulfate de quinine les effets congestifs qui s'observent dans le tissu utérin, lorsque la propre intoxication paludéenne est caractérisée par ces mêmes phénomènes ? Pourquoi donc chercher un effet hypothétique du sel de quinine, quand cet effet est suffisamment expliqué par l'infection elle-même ?

L'auteur fait donc usage du sulfate de quinine dans les cas d'impaludisme aigu compliquant la grossesse; il n'a eu qu'à se louer de cette méthode pour empêcher l'avortement. Quant à la forme chronique de l'impaludisme, comme les avortements sont moins fréquents, sa méthode consiste : 1° à retirer la malade du foyer d'infection en vue de prévenir une nouvelle intoxication ; 2° A modifier la dyscrasie propre à la cachexie, en employant le sulfate de quinine à faibles doses, selon cette formule :

Sulfate de quinine.... } ââ 5 centigrammes.
Sulfate de fer........ }
Extrait mou de quinquina 10 centigrammes
pour une pilule. En prendre une toutes les trois heures.

M. Rodrigues dos Santos prescrit en outre des toniques, du fer, l'extrait de jurubeba, la strychnine ou l'extrait de noix

vomique ; l'exercice à l'air libre, une bonne alimentation, et, extérieurement, des embrocations avec de la teinture d'iode sur la région hépatique ou splénique, compléteront le traitement.

D. F. A. S.

BULLETIN

L'ÉPIDÉMIE DE VACCINE ULCÉREUSE DE LA MOTTE-AUX-BOIS (Nord). — PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — TRAITEMENT ARSENICAL DU LYMPHADÉNOME. — DEGRÉ DE VITALITÉ DES MICROBES PATHOGÈNES DANS LES CADAVRES.

On se rappelle la communication faite par M. Hervieux, dans la séance de l'Académie de médecine du 17 septembre dernier, sur une épidémie de vaccine ulcéreuse en cours d'évolution à la Motte-aux-Bois (Nord). Quarante-trois enfants. vaccinés le 31 juillet avec le vaccin du même vaccinifère, présentaient tous, treize jours après, aux points d'inoculation, des ulcérations de mauvais aspect, avec adénopathies épitrochléennes et axillaires consécutives. L'idée de syphilis vaccinale venait tout naturellement à l'esprit. Cependant la rapidité de la marche des accidents, l'intensité des phénomènes inflammatoires, l'abondance de la suppuration tendaient plutôt à écarter cette idée, et, avec une prudente réserve, M. Hervieux et son collègue M. Fournier, dont il invoqua la haute expérience, conclurent qu'on ne pourrait se prononcer, d'une manière catégorique, qu'à l'époque de l'apparition des accidents secondaires.

Cette époque est passée ; M. Hervieux est allé revoir les jeunes vaccinés de la Motte-aux-Bois ; aucun d'eux n'offre trace d'accidents secondaires ; tous sont guéris. Il ne s'agissait donc pas, chez ces enfants, de syphilis vaccinale. Les accidents qu'ils ont présentés tiennent à la transmission, du vaccinifère aux vaccinés, d'une matière virulente, sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer.

En communiquant à l'Académie le résultat de sa seconde visite à la Motte-aux-Bois, M. Hervieux se plaint d'attaques dont son premier rapport a été l'objet, et a peu de peine à justifier la réserve de ses conclusions. Cette réserve, faussement interprétée par les familles des enfants malades, aurait eu pour conséquence de redoubler leur anxiété et de transformer en parias le vaccinifère et ses parents. Les médecins de la localité, interrogés avec une persistance que chacun comprend, et condamnés eux aussi par les mêmes raisons à la même réserve, auraient eu, vis-à-vis de la population de la Motte-aux-Bois, une situation assez difficile. Cela ressort clairement d'une leçon faite à l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille) sur l'épidémie dont il s'agit et publiée dans le *Bulletin médical* par M. le professeur Leloir, qui a été appelé, lui aussi, à examiner et à observer les jeunes vaccinés.

Quoi qu'il en soit de ces petits incidents, ce qui se dégage de l'histoire de cette épidémie vaccinale et des commentaires dont elle a été l'objet dans la leçon de M. Leloir comme dans les deux communications de M. Hervieux à l'Académie, c'est que, en présence d'accidents consécutifs à la vaccine et pouvant faire croire à une origine syphilitique, il est prudent, avant de se prononcer pour ou contre cette origine, d'attendre l'époque d'apparition des accidents secondaires.

— La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, retardée depuis deux ou trois semaines par la lecture des rapports sur les prix, est venue mardi dernier à l'ordre du jour. Le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES a reproduit, dans le n° du 6 novembre dernier (n° 45), les conclusions de M. Villemin au nom de la Commission de la tuberculose. M. Hardy, tout en approuvant ces conclusions, est venu combattre la publicité qu'il serait question de leur donner. Il craindrait, en effet, par cette publicité, de voir les tuberculeux transformés en parias, et privés des soins physiques et moraux qui leur sont si nécessaires. Il montre d'ailleurs l'inanité de certaines instructions adressées à la classe pauvre. Ce qui doit tenir la première place dans la prophylaxie de la tuberculose, c'est l'hygiène générale ayant pour but de fortifier les héréditaires et les débilités. Quant aux précautions à prendre pour les personnes qui soignent des tuberculeux ou sont obligées de vivre dans le même milieu qu'eux, c'est au médecin d'en tracer le programme et d'en démontrer la nécessité : pas n'est besoin d'instructions publiques pouvant exagérer les craintes de la contagion.

Le sentiment de sympathie pour les tuberculeux qui a inspiré l'intervention de M. Hardy dans le débat, est partagé par tout le monde. Mais une notion exacte de la contagiosité de la tuberculose répandue dans le public aura-t-elle, au point de vue des soins à donner aux malades, les conséquences que redoute notre confrère ? Est-ce que les diphthéritiques, les varioleux, les cholériques sont privés de soins, et cependant n'a-t-on pas plutôt, dans ces cas, tendance à exagérer qu'à atténuer le danger de la contagion ? Reconnaissons, à la louange de l'humanité, que, sauf les cas de panique engendrée par l'explosion de certaines épidémies exceptionnellement meurtrières, l'affection pour les malades l'emporte habituellement sur la crainte de la contagion et leur assure les soins qui leur sont nécessaires. Or, les personnes qui se dévouent ainsi, pour donner ces soins, ne méritent pas moins la sympathie que les malades eux-mêmes, et c'est à les protéger contre les conséquences possibles de leur propre dévouement qu'on doit songer et s'appliquer. A ce point de vue, les conseils des médecins ordinaires ne sont pas toujours suivis ; ils ont plus de chance de l'être si la notion du danger couru et des précautions à prendre est déjà dans le public considérée comme un fait acquis.

Mais, à côté des personnes qui, sciemment, par devoir ou par affection, s'exposent au danger de la contagion, combien y en a-t-il qui tombent victimes de cette même contagion, sans s'en douter, et que la connaissance du danger, avec la mise en pratique des précautions qu'elle entraîne, eût pu préserver ! M. Marfan a publié récemment, dans la SEMAINE MÉDICALE, sous le titre de : *Épidémie de phthisie pulmonaire*, un fait à ce point de vue très démonstratif.

Dans un bureau, situé au centre de Paris, 22 employés, ayant en général moins de trente ans, travaillent environ huit heures par jour. Les conditions hygiéniques de ce bureau sont des plus défectueuses : insuffisance dans le cubage d'air, la ventilation, la lumière, la propreté, etc. L'état du plancher, en particulier, doit fixer l'attention : inégal, plein de fentes, de fissures, de fondrières, non ciré, imparfaitement balayé, il est jonché de bouts de cigarettes, de morceaux de papier, de crachats, etc. Le tout constituant, sous certaines tables immobiles où le balayage est plus difficile, un véritable fumier propice au développement et à l'entretien de microbes pathogènes. Fréquemment le balayage de la pièce se fait ou se faisait au moment de l'entrée des employés qui respiraient ainsi toute la poussière avec les germes qu'elle soulevait.

L'hygiène extérieure de ces employés n'est pas non plus excellente. Mal rétribués, plusieurs ayant des charges de fa-

mille, leur alimentation laisse à désirer ; il en est aussi qui s'adonnent aux boissons.

De telles conditions préparent naturellement le terrain à l'invasion des microbes pathogènes, en particulier à celle du bacille de la tuberculose. C'est ce qui est arrivé dans le bureau en question : du mois de janvier 1878 jusqu'au mois de juillet 1889, c'est-à-dire en onze années, 15 employés ont succombé, 1 à un cancer de l'estomac et 14 à la phthisie pulmonaire. 13 de ces derniers sont morts dans l'espace de 4 ans (novembre 1884, juillet 1889).

Nous ne nous arrêterons pas aux mesures prescrites par M. Marfan : remise à neuf et entretien de la pièce ; renouvellement du plancher qui sera ciré, frotté et balayé le soir, après le départ des employés, les fenêtres restant ouvertes pendant la nuit ; installation de crachoirs et institution d'une police sévère pour les tenir rigoureusement propres et les désinfecter ; diminution du nombre des employés travaillant dans la pièce, etc., etc., nous dirons simplement que, si les dangers de semblables conditions, en particulier la nocivité des crachats rejetés sur le parquet, puis desséchés et répandus avec la poussière dans l'atmosphère de la pièce, eussent été connus des intéressés et de l'administration qui les emploie, on aurait pu en prévenir les conséquences funestes.

De tels faits suffisent pour justifier la publicité à donner aux instructions rédigées par la commission de l'Académie. Voilà pour la question de principe. Quant aux instructions en elles-mêmes, pour ne pas rester stériles, elles doivent d'abord s'appuyer sur des faits indiscutables, ensuite contenir des indications aussi nettes et précises que possible, enfin ne prescrire que des mesures d'une application facile dans la pratique ordinaire de la vie. Nous verrons, au moment de la discussion des articles, si les instructions soumises à l'Académie remplissent ces conditions.

— La Société de chirurgie vient de discuter une intéressante question de thérapeutique : celle du traitement arsenical des lymphadénomes. Au traitement interne par l'arsenic à haute dose, on joint parfois des injections interstitielles d'une solution arsenicale. Les résultats varient suivant la nature de la tumeur, dont le diagnostic n'est pas toujours facile ; excellents dans les cas de lymphadénome bénin, ils sont nuls dans ceux de lymphadénome malin ou de néoplasie tuberculeuse. Le traitement arsenical interne, même dans les cas douteux, est admis volontiers par la majorité des chirurgiens ; les injections interstitielles au sein des tumeurs ganglionnaires dont elles provoquent la fonte purulente, sont plus discutées, et beaucoup leur préfèrent l'extirpation des tumeurs.

— On s'est posé récemment, à propos de l'épidémie de choléra qui sévit en Mésopotamie, la question de savoir si cette épidémie ne trouverait pas son origine dans le transport de cadavres de Chiites de Bombay aux villes saintes de Nedjeff et de Kerbellah, transport qui se fait par Bassorah, puis à travers le district de Monteffick, dans lequel l'épidémie a débuté. Mais, dans le cas de l'affirmative, on s'est demandé quels ont été les agents de la transmission du fléau, soit des cadavres, soit des linges souillés qui les enveloppaient, soit des parents ou amis qui accompagnaient les corps. Pour résoudre la question, en ce qui concerne les cadavres, il faudrait savoir ce que devient le bacille de Koch dans les corps d'individus ayant succombé au choléra. Or, M. Esmarch qui, dans ces derniers temps, a entrepris des recherches sur la résistance de divers microbes pathogènes aux effets de la putréfaction, a vu que, dans les cadavres de cobayes morts de choléra après inoculation suivant la méthode de Koch, on peut retrouver le bacille virgule et en obtenir des cultures jusqu'au septième jour ; mais que, passé ce temps, on ne rencontre plus de bacille vivant. Si l'on peut conclure du cobaye à l'homme, les cadavres des Chiites de Bombay, ne sauraient être incriminés dans le développement du choléra de Mésopotamie.

On voit par là que, au point de vue de l'hygiène, la connaissance de la vitalité et de la résistance des microbes pathogènes dans les cadavres avec lesquels ils sont ensevelis, présente un grand intérêt. Les recherches de M. Esmarch se sont étendues à neuf microbes pathogènes, parmi lesquels, outre le bacille virgule, il faut noter le bacille de la tuberculose, celui de la fièvre typhoïde, le vibrion septique, la bactéridie charbonneuse, le microbe du choléra des poules, etc. Ces recherches sont encore trop récentes et trop restreintes pour qu'on puisse fixer définitivement le degré de résistance, nous dirions volontiers de survie de chacun de ces microbes, et les chiffres produits par l'expérimentateur allemand ne sont sans doute que provisoires. Une conclusion générale cependant semble se dégager de ces premières études : c'est que les microbes pathogènes ne vivent pas longtemps dans les cadavres et qu'ils disparaissent d'autant plus rapidement que la putréfaction est plus active. Les microbes pathogènes, après avoir triomphé des cellules de l'organisme vivant, succombent à leur tour dans leur lutte avec les microbes saprogènes.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Les dispenses de la loi militaire. — Le *Journal officiel* vient de publier le règlement d'administration publique destiné à assurer l'application de la nouvelle loi militaire du 15 juillet 1889, en ce qui concerne les dispenses. Voici les passages, d'abord de la loi du 15 juillet, ensuite du nouveau règlement, qui intéressent les élèves en médecine et en pharmacie.

Loi du 15 juillet 1889. Art. 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve :

Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une faculté de médecine.

Règlement. — Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit leur diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une faculté de médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la faculté ou du directeur de l'école de pharmacie, ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*modèle G*) (1).

(1) Le *Journal officiel* publie une série de modèles de demandes de dispense dont les intéressés trouveront des exemplaires auprès des administrations compétentes.

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement, jusqu'à l'âge de 26 ans, fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des facultés ou par les directeurs des écoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études ; ledit certificat doit être visé par le recteur de l'académie.

Les registres d'inscription des facultés, écoles supérieures de pharmacie, écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont tenus à la disposition de l'autorité militaire qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une faculté de médecine justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'assistance publique visé par le préfet de la Seine ; dans les départements, par un certificat du maire, président de la commission administrative, visé par le préfet. (*modèle G.*)

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes par application des dispositions des articles 8, 12 à 25, 29 et 33 du présent décret, sont présentées : 1° au conseil de revision ; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de revision, et, dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36.—Les dispensés au titre des chapitres II à VI du présent décret doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de vingt-six ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, les certificats prévus auxdits chapitres dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service imposée aux jeunes gens dispensés en vertu des articles 21, 22 et 23 de la loi du 15 juillet 1889 doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires ; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Art. 38. — Les diplômes, titres ou récompenses mentionnés au chapitre 1er du présent décret et obtenus avant sa promulgation, peuvent la dispense du service militaire prévue par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine. — La législature actuelle verra enfin la mise à l'ordre du jour du projet de loi sur l'exercice de la médecine que les deux législatures antérieures ont laissé frapper de caducité. La proposition de M. Chevandier et celle de M. Lockroy, qui est comme un amendement de la première, ont été, lundi dernier, l'objet d'une déclaration d'urgence qui abrégera notablement la procédure parlementaire. On doit savoir gré à M. Chevandier de sa persévérance à faire aboutir un projet qui intéresse à un si haut degré la profession médicale, et auquel son nom restera justement attaché.

Prohibition du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. — Un vote récent de la Chambre des députés, après avoir frappé de prohibition l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes qu'elle déclarait libre, a maintenu à l'Etat le monopole dont il jouit et lui laisse ainsi le soin d'appliquer les mesures d'hygiène dont elle se montrait soucieuse.

On sait que la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc, dans la fabrication des allumettes, a été l'objet d'un vœu du Comité d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine (12 octobre 1888), de l'Académie de médecine (4 décembre 1888); le Conseil général de la Seine vient d'émettre un vœu semblable (25 novembre 1889). L'expression de ces vœux, jointe au premier vote de la Chambre qui semble les consacrer, portera, il faut l'espérer, le gouvernement à modifier dans ce sens le cahier des charges dans la nouvelle adjudication du monopole des allumettes qui doit avoir lieu au mois de décembre prochain.

— Faculté de médecine de Paris, transformation d'une chaire de pathologie chirurgicale en chaire de clinique des maladies des voies génito-urinaires. — La démission de M. le professeur Richet appelait à une chaire de clinique chirurgicale l'un des deux professeurs de pathologie externe, et c'est M. Guyon qui, par rang d'ancienneté, devait permuter.

Mais cette permutation enlevait au savant professeur le service clinique des maladies des voies urinaires de Necker, dans lequel il a rendu tant de services à la science et à l'enseignement. Aussi, pénétrés de ces services, M. le ministre de l'Instruction publique et la Faculté de médecine ont été d'avis de maintenir M. Guyon dans son enseignement spécial, en transformant sa chaire de pathologie externe en chaire de clinique des maladies des voies urinaires. C'est donc M. Lannelongue qui passera dans sa chaire de clinique générale; l'enseignement théorique de la pathologie externe sera donné par le nouveau professeur qui remplacera M. Lannelongue et par un agrégé.

L'enseignement clinique s'enrichit ainsi d'une chaire que perd l'enseignement théorique.

D'autre part, la nouvelle chaire clinique est créée en vue d'appeler ou de maintenir, dans son enseignement spécial, un professeur qui y a conquis une haute et légitime notoriété, ainsi que cela se pratique dans les universités étrangères.

Il y a là une double tendance dont on ne saurait se plaindre, au point de vue des intérêts de l'enseignement, et qu'il est bon de mettre en relief.

— Concours public sur l'organisation des bureaux de bienfaisance et le service médical et pharmaceutique pour les indigents. — Nous avions raison d'émettre quelque doute, dans notre dernier bulletin, sur l'empressement de M. le Préfet de la Seine à donner satisfaction au vote du Conseil municipal en faisant appliquer, dès le 1er janvier, le projet de réorganisation du service médical à domicile, adopté par le Conseil dans la séance du 21 mars 1889. En effet, un arrêté préfectoral met au concours « L'organisation des bureaux de bienfaisance et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents dans la ville de Paris », et donne aux concurrents jusqu'au 14 janvier pour remettre leurs manuscrits. L'auteur du manuscrit classé le premier recevra 1.000 francs, le second 500 francs. Le jury comprendra six membres désignés par le Conseil municipal, trois membres élus par les concurrents, le directeur de l'Assistance publique à Paris, le sous-directeur des Affaires municipales, un médecin des hôpitaux désigné par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en tout douze membres.

L'administration met à la disposition des concurrents tous les documents qu'elle possède sur la matière.

— L'affaire des médecins de Rodez. — Cette affaire a eu, en appel correctionnel, une issue toute différente de celle à laquelle on pouvait s'attendre d'après les consultations dont nous avons, dans notre précédent numéro, résumé l'esprit et les conclusions : le tribunal correctionnel de Rodez a infirmé le jugement du tribunal de simple police, en se basant sur ce fait que, à la date des réquisitions visées par ce jugement, il n'y avait plus de *flagrant délit*. C'était là, en effet, le nœud de la question. L'obligation pour le médecin d'obtempérer à toute réquisition judiciaire en cas de flagrant délit, n'était pas en cause, et reste intacte après comme auparavant. Ce qu'il importait et ce qu'il importe encore de mieux définir, c'est ce qu'on doit entendre par les termes de *flagrant délit*.

— La dengue a Saint-Pétersbourg. — Il régnerait depuis quelque temps, à Saint-Pétersbourg, une épidémie semblant offrir les caractères de l'épidémie de dengue qui sévit en Grèce et en Turquie. Le nombre des personnes atteintes serait considérable. La nouvelle, toute récente, demande à être confirmée.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de chimie (1re année) commenceront le lundi 9 décembre, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1889-1890 : MM. les agrégés Arnozan (*maladies syphilitiques et cutanées*), Moussous (*clinique interne des maladies des enfants*) et Rivière (*accouchements*).

Un concours s'ouvrira le 15 mai 1890 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Lille. — Sont chargés de cours pour l'année scolaire 1889-1890 : MM. les agrégés Doumer (*physique*) et Wertheimer (*physiologie*).

Sont chargés de cours complémentaires : MM. les agrégés de la Personne (*clinique ophtalmologique*) et Phocas (*clinique chirurgicale des maladies des enfants*).

M. le Dr Castelain, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants et de syphilis infantile, est maintenu dans les dites fonctions pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1889.

M. Meyer, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie (emploi nouveau).

Sont chargés des fonctions de chef des travaux pratiques : MM. les agrégés Morelle (*chimie*), Doumer (*physique*) et M. le Dr Delplanque (*histoire naturelle*).

Faculté de médecine de Lyon. — Sont institués chefs de clinique : MM. les Drs Charmeil (*cl. médicale*), A. Pollosson (*cl. chirurgicale*), R. Condamin (*cl. obstétricale*).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Le Dr Lapeyre est nommé chef de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Langlois est chargé, pour l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de clinique des maladies mentales.

École de médecine d'Angers. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les Drs Charier (*cl. médicale*), Moreau (*cl. chirurgicale*) et Montprofit (*cl. obstétricale*).

Un concours s'ouvrira le 21 juillet 1890 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Angers.

École de médecine de Caen. — M. le Dr Louise, professeur de chimie à la faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de chimie et toxicologie.

École de médecine de Rouen. — M. Gaspard, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour l'année scolaire 1889-1890, du cours de chimie.

M. Renard, professeur de chimie appliquée à l'École des sciences et des lettres de Rouen, est chargé, en outre, pour l'année scolaire de 1889-1890, d'un cours complémentaire de chimie.

École de médecine de Toulouse. — M. le Dr J. Chambrelent est chargé d'un cours de clinique obstétricale, en remplacement de M. Labat, démissionnaire.

École de médecine de Tours. — M. Brissonnet, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1889, du cours de pharmacie et matière médicale.

École de médecine de Grenoble. — Le concours pour une place de suppléant de la chaire de clinique obstétricale, s'est terminé par la nomination de M. Deschamps.

École de médecine de Dijon. — Le concours pour une place de suppléant de la chaire d'anatomie et physiologie, s'est terminé par la nomination de M. Cottin.

***

Lois sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, sur l'hygiène, les habitations insalubres, les aliénés, etc. — On sait que les projets de lois, soumis à une Chambre, déjà en cours de discussion, mais non adoptés définitivement, sont nuls et non avenus pour la chambre qui succède. Tous les projets précédents doivent donc être déposés à nouveau, être l'objet de rapports, etc., avant une nouvelle discussion. Plusieurs députés se sont émus de cette situation, qui se renouvelle à chaque législature, et on étudie les moyens d'y remédier. C'est ce qu'on a déjà fait, ainsi qu'on l'a vu plus haut, pour le projet relatif à l'exercice de la médecine.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'Étude des maladies du système nerveux en Russie, rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par F. Raymond professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint Antoine. Une brochure in-8 de 80 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Electricité médicale (éclairage et galvanocaustique), par le docteur J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Une brochure in-12 de 60 pages avec 23 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Nouveaux éléments de diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère de l'estomac (hypoazoturie cancéreuse), par M. G. Rauzier, interne des hôpitaux de Montpellier. Une brochure in-12 de 12 pages. — G. Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par A. Jamain et F. Terrier, troisième édition. Tome quatrième (1er fascicule), par MM. F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, A. Broca et H. Hartmann, prosecteurs à la Faculté de médecine. 1 vol. grand in-18, 4 fr. — Librairie Félix Alcan, 108, boul. Saint-Germain.

Études pratiques sur la diphtérie et le choléra, par le Dr Léon Raphaël. Paris, 1889, 1 vol. in-18 de 276 pages, 4 fr. — Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des

reins et des uretères chez la femme, par Sherwood Dunn, Ph. D., docteur en médecine de la Faculté de « Bellevue Hospital » New-York, de la Faculté de Paris, etc., etc. Un volume grand in-8 de 150 pages avec figures dans le texte et une planche hors texte. Prix : 3 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Affections chroniques des voies respiratoires traitées par les eaux sulfureuses et particulièrement aux Thermes de Luchon, par le Dr Doit-Lambron, 1 vol. in-8°, 4 fr. — Paris, O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par le Dr Daniel Mollière, chirurgien titulaire l'Hôtel-Dieu de Lyon, recueillies par ses internes et revues par le professeur. Un vol. in-8 de 491 pages. Prix, 8 fr. — Librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le magnétisme contemporain et la médecine pratique. Deux discours à la Société de thérapeutique dosimétrique de Paris, par le docteur Goyard. Une brochure in-8 ce 56 pages. Prix, 1 fr. 25. — Chez Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

Un utéro-sédatif; un utéro-moteur, par le docteur A. Cordes, chirurgien-adjoint de la clinique obstétricale et gynécologique de la Maternité de Genève, etc. Une brochure in-8 de 24 pages. Prix : 1 fr. — G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le lavage de la vessie par la voie sus-pubienne comme supplément de la ponction évacuatrice, par le docteur Berlin, de Nice. Une brochure in-8 de 15 pages. — Imprimerie Victor-Eugène Gauthier, 27, avenue de la Care à Nice.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'Etranger des bains de mer et de l'hydrothérapie, publié par la *Gazette des Eaux*, trente et unième année. 1889, 1 vol. in-18 de 288 pages avec figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50. — Librairie de Gauthier-Villars et fils, 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

Cancer and its complications, by Charles Egerton Jennings. Un vol. in-8 cartonné de 154 pages. Price, 2 s. 6 d. — Baillière Tindall and box Editors King William street, strand in London.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine. 3. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup. 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 222. — Autres tuberculoses, 20. Tumeurs cancéreuses, 42. — Autres, 3 — Méningite, 24 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 76. — Bronchite aiguë. 41. — Bronchite chronique, 36. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 27 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 15. — Biberon. 48. — Diarrhée au-dessus de 5 ans. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 31. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 19. — Antres causes de mort, 138. — Causes inconnues, 9. — Total : 968.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT-ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

HYSTÉRIE ET NEURASTHÉNIE ASSOCIÉES

(RAILWAY-SPINE ET NÉVROSE TRAUMATIQUE)

Par A. Dutil, interne à l'hospice de la Salpêtrière.

Suite (1).

OBSERVATION II.

Neurasthénie et hystérie provoquées par le surmenage, chez un chauffeur de locomotives. — Hacq... (Victor), âgé de 34 ans, chauffeur de locomotives, est entré dans le service de la Clinique le 17 avril 1889.

Antécédents héréditaires. — L'étude des antécédents de famille ne fournit aucun renseignement intéressant. Ses grands parents tant du côté paternel que du côté maternel jouissaient d'une santé parfaite et sont morts très vieux. Son père s'est noyé involontairement à l'âge de 45 ans. Sa mère n'a jamais souffert de maladies nerveuses, elle est âgée de 64 ans. Réponses également négatives en ce qui concerne les autres parents. Cependant il est à remarquer que bien que sa femme et les membres de la famille de sa femme paraissent être indemnes de toute tare nerveuse héréditaire ou acquise, la fille du malade, actuellement âgée de six ans, est atteinte de la maladie des *tics*.

(1) Voir le numéro précédent.

Antécédents personnels. — Lui-même n'avait jamais été malade avant l'apparition des premiers troubles nerveux qui marquèrent le début de son affection. C'est un homme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'apparence robuste, aux traits énergiques. Il a toujours été actif, plein d'entrain et nullement impressionnable. Il n'est pas syphilitique ; il ne s'est jamais adonné à la boisson. Voici comment il est devenu malade :

Il est employé de la Compagnie du Chemin de fer de l'Est. Depuis dix ans il exerce la fonction pénible entre toutes, de chauffeur de locomotives. Chaque jour, pendant seize ou dix-huit heures consécutives, il travaille à entretenir le feu du fourneau, debout sur la plateforme de la locomotive en marche, subissant constamment l'effet des trépidations et des secousses violentes que déterminent les arrêts brusques produits par les freins à vapeur.

Le 17 août 1888, pendant une manœuvre de gare, la locomotive qu'il conduisait heurta et brisa le fourgon d'un train de marchandises. Dans ce fourgon qui fut, paraît-il, mis en pièces, se trouvait un employé. Relevé sans connaissance et transporté à Lariboisière, cet homme offrait quelques jours après tous les symptômes d'un état neurasthénique des mieux caractérisés. Ce sujet, le nommé V..... a été présenté à la Policlinique de la Salpêtrière, par M. le professeur Charcot, dans la leçon du 4 décembre 1888.

Notre malade, lui, n'éprouva au moment du choc, qu'une très légère secousse. Son émotion fut nulle ; et il est à peu près certain que cet accident auquel il n'attacha pas d'importance, n'est pour rien dans le développement des troubles nerveux qu'il a présentés plus tard. Le fait est que pendant les trois mois qui suivirent (septembre, octobre et novembre) il continua à se bien porter et à travailler régulièrement, comme par le passé.

Dans les premiers jours du mois de novembre 1888 il remarqua que sa besogne lui paraissait plus pénible. Bien qu'aucun surcroît de travail ne lui eût été imposé, il était plus fatigué qu'autrefois.

FEUILLETON

—

FEUILLES VOLANTES

Novembre 1889.

Clôture de l'Exposition. — Opinion de *The Lancet*. — L'ère des congrès. — Incendie au grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine. — L'Académie menaçant ruine. — Mort de Maurice Perrin. — Mort de Philippe Ricord. — Inauguration de la statue de Van Helmont à Bruxelles.

La grande Exposition internationale de 1889 a vécu. En restreignant notre appréciation aux choses de la médecine, il serait aventureux de prétendre que cette exhibition, jusqu'ici sans égale, ait fait avancer la science.

Elle a attiré à Paris beaucoup de nos confrères, c'est incontestable. Qui ne s'est un peu déplacé en France pour venir admirer les merveilles du Champs de Mars ? Et de l'étranger même, beaucoup de médecins sont arrivés. Dans cet éparpillement de choses intéressantes, un chercheur intelligent et obstiné aura sans doute pu constater quelque progrès partiel dans telle ou telle branche des sciences afférentes à la médecine. Bien des améliorations dans les instruments, dans l'outillage professionnel, dans tout ce qui est du ressort de l'hygiène, pourront porter leurs fruits. Mais en somme, il reste beaucoup à faire ; et les travailleurs n'ont pas à se décourager.

***

Chose remarquable ! Quoique dans cette affluence universelle de peuples une race se soit comme obstinée à ne pas se montrer, les étrangers n'ont pas été les derniers à rendre hommage à l'effort réalisé par la France, et à applaudir aux résultats obtenus au nom de la civilisation et du progrès. Nous n'aurons qu'à citer en témoignage une page par laquelle le grand journal de médecine anglais *The Lancet*, a clos la série de ses articles sur l'Exposition, et cette page, notre confrère a eu l'attention de l'imprimer en français :

« Nous devons conclure la campagne que nous avons entreprise en faveur de l'Exposition Universelle de Paris. Du premier abord, nous avions senti, malgré l'opinion défavorable qui prévalait dans certains cercles, que cette Exposition serait une des plus grandes

Pendant le jour il avait constamment « mal aux jambes » ; c'était une sorte d'énervement, d'agacement qui le tenait aux genoux. Il était moins solide sur ses membres inférieurs ; il était obligé d'écarter largement les jambes pour garder l'équilibre lorsqu'il était sur sa locomotive.

La nuit, il était agité. Il ne rêvait pas, il n'avait pas de cauchemars ; seulement sa femme lui disait qu'en dormant il avait des soubresauts très violents dans les membres.

Vers la fin du mois de novembre il commença à souffrir d'une céphalée constrictive, s'étendant à tout le crâne. Ce mal de tête ne le quittait guère, et il y avait des jours où il devenait très violent. Alors, à la sensation de serrement venaient s'ajouter des battements, des élancements douloureux dans les tempes, un malaise général tel, que le malade devait se reposer pendant un ou deux jours.

En outre il se plaignait fréquemment d'une sensation de lourdeur insupportable dans le bas du dos, à la partie inférieure de la région lombaire et sur la ligne médiane; cette sensation n'était pas continuelle. Quand il en souffrait il ne pouvait ni se baisser ni se redresser, parfois même il marchait le tronc incliné en avant « comme quand on a un tour de reins » ; cela durait huit, dix jours, quelquefois plus. Puis cette gêne douloureuse tendait à disparaître et même disparaissait complètement pendant quelque temps pour se montrer de nouveau.

Enfin le malade maigrissait, il avait peu d'appétit. Tout ces troubles persistèrent pendant les mois de décembre 1888, janvier et février 1889.

Cela l'inquiétait. Il continuait à faire son service, mais à grand peine. Il attribuait sa maladie à la trépidation de la machine, aux secousses des arrêts brusques, aux fatigues excessives de son métier. Il avait remarqué, nous dit-il, que « plusieurs de ses camarades avaient été pris par les jambes » ; il craignait de voir la faiblesse déjà très marquée de ses membres inférieurs se changer en paralysie. « Il avait cette idée là en tête. »

Tel était l'état du malade lorsqu'il eut sa première attaque dans les circonstances que voici :

Le 26 février dernier, vers huit heures du matin, il venait de rentrer chez lui, il était en train de déjeuner tranquillement lorsque tout à coup, sans motif apparent, sans prodromes, il s'affaissa sur lui-même en perdant connaissance. Il resta ainsi inerte, insensible, jusqu'à trois heures après-midi ; alors il fut pris de convulsions : il se tordait sur son lit, mordait les draps, poussait des cris (ces renseignements nous ont été fournis par la femme du malade). Les cris, les grands mouvements, les convulsions continuèrent jusqu'à sept heures du soir. A ce moment les attaques cessèrent, le malade reprit connaissance et puis s'endormit d'un sommeil calme. Le lendemain en s'éveillant, quand il voulut se lever, il lui fut impossible de se tenir debout, ses genoux fléchissaient à chaque pas ; il tremblait de tous ses membres, il était dans un état d'anxiété, d'angoisse inexprimable. Il resta ainsi chez lui constamment alité, jusqu'au 2 mars. Comme la faiblesse des jambes et le tremblement général persistaient, il se fit transporter à l'hôpital Lariboisière. Là on lui donna du bromure. Il sortit de l'hôpital le 12 mars ; aucune modification ne s'était produite dans son état.

Depuis cette époque il a été soigné chez lui par le médecin de la Compagnie qui lui a prescrit le bromure de potassium à dose faible. Dans les premiers jours du mois d'avril, il a eu deux nouvelles attaques, l'une s'est produite à deux heures, l'autre à sept heures et demi du soir. Chacune d'elles a été précédée d'une aura bien caractérisée. Le malade a senti que quelque chose lui montait à la gorge, puis il a éprouvé une certaine angoisse respiratoire, des bourdonnements d'oreilles, des battements précipités dans les tempes ; après quoi il a perdu connaissance, s'est débattu violemment, en poussant des cris terribles, cherchant à mordre, à déchirer ses habits... etc.

Dans ces derniers temps le malade est devenu triste, soucieux ; son intelligence toutefois paraît n'avoir subi aucune atteinte, non plus que sa mémoire. Seulement, il lui arrive parfois, durant le sommeil de la nuit, de se lever de son lit, de parler à haute voix à des êtres imaginaires, de s'entretenir avec eux de ses voyages, ou bien des choses de sa profession. Une nuit, il a saisi sa femme par le cou comme pour l'étrangler. Au réveil, il est très étonné en entendant sa femme lui raconter ces rêves en action dont il ne conserve aucun souvenir.

Etat actuel (19 avril 1889). *Motilité*. Il n'existe chez cet homme à proprement parler ni paralysie ni contracture. Pas traces d'hémispasme glosso-labié notamment. Peut-être existe-il un léger affaiblissement du membre supérieur droit. A l'exploration dynamométrique on obtient en effet :

Main droite 48 kilogr.
Main gauche 50 —
(le malade est droitier).

Les principaux troubles de la motilité qu'on observe chez lui sont :

1° Une certaine *impotence fonctionnelle* des *membres inférieurs* qui ne se manifeste que pendant la marche et la station debout. Lorsque le sujet est couché ou assis il peut lancer des coups de

---

manifestations que le monde ait jamais vues, en faveur de la paix et du progrès.

« Malheureusement, ou peut être, devons-nous dire, fort heureusement, la tâche était si grande qu'une partie seulement de la besogne pouvait être accomplie. Nous sentons vivement qu'il y a en de notre part plusieurs et de graves omissions ; mais si l'on considère les limites du temps et de l'espace à notre disposition ce n'était guère pratique de chercher à faire plus. Nous avons publié presque cent colonnes de correspondance qui nous ont été adressées par le correspondant spécial que nous avons envoyé à l'Exposition de Paris. Cela paraît assez considérable, mais c'est très peu en comparaison des intérêts représentés. En outre, si à l'Exposition nous ajoutons les soixante-neuf congrès internationaux officiels, dont vingt-sept intéressent soit la profession médicale ou les hygiénistes, et un nombre d'autres congrès qui souvent étaient également intéressants quoiqu'ils ne fussent pas officiellement honorés par le gouvernement, on verra que la tâche imposée, celle de donner une description des célébrations centenaires, a pris des proportions gigantesques. »

Le correspondant de *The Lancet*, M. Adolphe Smith, qui, comme orateur, parle le français avec la même facilité que l'anglais, a été choisi plusieurs fois comme le porte-voix, non-seulement des délégués anglais, mais de ceux d'un grand nombre d'autres nationalités. « Pour eux comme pour nous, ajoute le journal de Londres, il a proclamé en termes éloquents que les recherches de la science devaient unir les peuples. Il fit plusieurs propositions pratiques ayant rapport à la santé publique, proposa et fit adopter des vœux importants. Mais, en toutes ces circonstances, il chercha à démontrer qu'en Angleterre il existait des sympathies ardentes envers l'œuvre humanitaire et civilisatrice accomplie à ces congrès et à cette grande Exposition. Si, par les discours de notre représentant, si, par la publicité donnée à tous ces efforts dans *The Lancet*, nous avons aidé à cimenter les liens de l'amitié internationale, à dissiper les préjugés nationaux, et à propager les lumières de la science parmi les ténèbres de l'ignorance, nous n'aurons pas participé en vain à l'Exposition Universelle de 1889. »

Voilà une appréciation que des Français sont heureux et fiers de reproduire.

***

Les Congrès ont été si nombreux qu'ils ont dû chercher un lieu

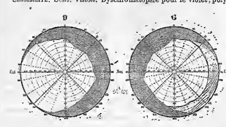
pieds vigoureux, opposer aux mouvements soit de flexion soit d'extension provoqués, une résistance insurmontable. Il n'y a donc pas de paralysie.

Par contre, dès qu'il est debout, ses jambes fléchissent; on voit les genoux ployer brusquement, de temps à autre, alternativement. Le fléchissement ne va pas jusqu'à la chute, loin de là; le malade se tient debout, mais cette attitude lui est pénible. Il s'en plaint, avec insistance.

Quand le malade marche, le fléchissement alternatif des genoux s'accentue davantage; le sujet avance ainsi en écartant un peu trop les jambes avec un balancement latéral du tronc. Tout cela ressemble beaucoup à certain état d'astasie-abasie incomplète on en voie de guérison.

2° Un *tremblement* très marqué, à oscillations très rapides; ce tremblement a pour siège les quatre membres (la tête, la langue ne tremblent pas); il existe à l'état de repos et s'accroit un peu pendant les mouvements volontaires sous l'influence des émotions, à la suite des attaques. Il n'y a aucun trouble de l'articulation des mots. La voix est forte, bien timbrée.

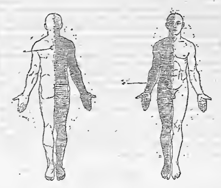
SENSIBILITÉ. *Sens. Vision*: Dyschromatopsie pour le violet; polyo



pie monoculaire. Rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil gauche à 70°.

L'odorat est aboli à droite: le *goût* très émoussé à droite; l'ouïe est normale.

Sensibilité générale. On constate 1° une diminution très nette de la sensibilité générale pour tous ses modes (contact, douleur, température) dans toute la moitié droite du corps, soit une hémianesthésie droite incomplète; 2° une plaque d'analgésie absolue correspondant à peu près à l'étendue qui sépare l'épine dorsale de l'omoplate du côté droit; 3° deux *zones hystérogènes* siégeant l'une près du bord spinal de l'omoplate du côté gauche, l'autre à l'hypogastre, au-dessus du pli de l'aine du côté droit. La pression exercée au niveau de ces points détermine d'abord une douleur très vive, puis le malade accuse une sensation de serrement à la gorge, avec angoisse respiratoire, il a des battements dans les tempes, sa face se congestionne, sa vue se trouble, le regard devient fixe et l'attaque commence.



Les *attaques* se présentent toujours avec les mêmes caractères soit qu'elles aient été ainsi provoquées, soit qu'elles se produisent spontanément.

Elles se composent 1° d'une phase épileptoïde très courte; 2° d'une phase de grands mouvements (salutations, arc de cercle, contorsions) accompagnés de cris; 3° d'une phase de délire dans laquelle le malade rit, se moque d'un camarade, on bien s'imaginant qu'il est sur sa locomotive, peste contre le feu qui ne va pas, interpelle le mécanicien... etc.

Les crises sont assez fréquentes, elles se succèdent en série de trois, quatre attaques subintrantes quelquefois plus; elles apparaissent en général le soir, et 2 ou 3 fois par mois, comme l'indique le tableau suivant.

9 juin attaque à 8 heures soir.
Le 21 — attaque à 7 heures 30.
4 juillet attaque à 5 heures.

---

de réunion un peu partout: les uns au Trocadéro, d'autres à l'École de médecine, celui-ci à l'hôpital Saint-Louis, celui-là à la Sorbonne, d'autres ailleurs.

Ces grandes assises de la science n'ont pas été toutes tenues sans difficulté et sans accidents. Il y a plus: le Congrès annuel de chirurgie aurait pu se terminer par une véritable catastrophe. Le grand amphithéâtre de la Faculté a été, en effet, la proie d'un incendie dans le cours d'une séance. Ces trois beaux tableaux qui couronnaient le mur fermant l'hémicycle ont été dévorés par les flammes. Bien des générations d'étudiants qui ont appris la médecine en face de ces tableaux représentant, l'un l'hémostase par le fer rouge sur les champs de bataille, un autre, l'enseignement de la médecine aux jeunes prétendants au doctorat, le 3e montrant le médecin auprès du lit d'un malade qu'il va saigner, ne pourront plus les revoir.

Le Congrès s'est donc terminé presque en vraie débâcle.

En vain le doyen ému, M. Brouardel qui avait, paraît-il, maintes fois prévenu l'architecte, s'est-il cru en droit de le faire *comparoir* comme on dit au palais. L'architecte est venu; il a tout regardé, nous dit-on, sans perdre de sa sérénité. Aussi quelle levée de boucliers, surtout dans la Presse médicale, contre la lenteur, les négligences, sinon l'inertie de ceux qui sont chargés de réédifier ou mieux de compléter l'École! On comprendrait facilement cette prise d'armes si on ne réfléchissait pas à ce double fait, d'abord que les architectes, de par leur profession, seraient mal venus à se plaindre lorsqu'il s'agit de construire encore et de reconstruire, ensuite qu'une certaine partie du public ne verra pas avec déplaisir que les événements aient obligé nos pouvoirs à faire une réédification complète au lieu d'une simple restauration de la Faculté. Tout sera neuf, c'est vrai... Mais nous n'en regrettons pas moins l'ancien amphithéâtre.

***

Tandis que l'amphithéâtre de l'École brûle, l'Académie de médecine menace ruine. Ceux des académiciens qui, dans les dernières séances, ont voulu aller faire un tour dans la Bibliothèque, ont été surpris de circuler péniblement dans une salle encombrée d'énormes étais, destinés à soutenir un plafond fendu et prêt à s'effondrer. Sans ces précautions, on pouvait risquer de rencontrer un de ces jours des malades tombés avec leur lit des salles de la Pitié dans le logement des livres de l'Académie.

Le 13 — attaque à 5 heures.
Le 24 — attaque à 6 heures.
11 août attaque à midi et demi.
Le 17 — attaque à 9 heures 30.
Le 27 — attaque à 8 heures.

Depuis son entrée dans le service de la clinique l'état du malade, en dépit du traitement auquel il a été régulièrement soumis (hydrothérapie, électrisation statique, médication tonique) ne s'est guère modifié ; et même à la suite de l'attaque qui se produisit le 24 juillet l'hémianesthésie droite qui était jusque-là très légère est devenue complète, absolue. On peut toucher, piquer, pincer la peau, tordre les articulations, presser fortement le testicule droit sans que le malade accuse la moindre douleur, le moindre contact. Il ne perçoit non plus ni la chaleur d'un thermomètre à cuvette métallique, porté à une température de 90°, ni le froid d'un bloc de glace. Le sens musculaire enfin est complètement aboli dans les membres supérieurs et inférieurs du côté droit.

Les zônes hystérogènes précédemment indiquées persistent.

La marche et la station debout sont toujours un peu troublées. Après chaque attaque, la faiblesse des jambes et le tremblement s'accroissent ; cela dure 3 ou 4 jours, après quoi, le malade se sent un peu plus solide sur ses membres inférieurs ; le tremblement qui ne s'efface jamais complètement s'atténue et les choses vont ainsi jusqu'à l'attaque suivante.

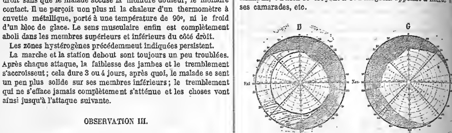
OBSERVATION III.

Surmenage. Neurasthénie. Tremblement hystérique. — La nommée Desh.... Eugénie, lingère, âgée de 28 ans, est entrée à la Salpêtrière le 1er août 1889. C'est une jeune fille grande, forte. Elle a été réglée à 15 ans et toujours bien réglée. *Antécédents* héréditaires. Père aliéné. Rien autre.

Antécédents personnels. — Sou affection actuelle est sa première maladie. Auparavant sa santé avait toujours été parfaite. Depuis trois ans elle travaille dans un grand magasin de lingerie. Elle est chargée de l'expédition des marchandises vendues et aussi d'une partie des achats. Elle écrit beaucoup de lettres ; elle est obligée de surveiller constamment les ouvrières placées sous ses ordres. Sa besogne, nous dit-elle, est très fatigante Elle travaille environ 12 heures par jour, de 8 heures du matin à 9 ou 10 heures du soir.

En septembre 1888, il y a un an, elle commença à ressentir les troubles suivants : Faiblesse générale, céphalée constrictive permanente avec sensation de pression à l'occiput, sensation de compression à la région sacrée, perte de l'appétit, digestions difficiles. Après les repas elle avait toujours « le sang à la tête » et elle étouf... fait. Parfois elle était prise de vertiges subits, passagers. En même temps son caractère se modifia profondément; elle devint triste, tout l'ennuyait; elle avait des idées noires ; elle se mettait parfois à pleurer sans motif. Son travail lui devenait insupportable.

Au mois de mai 1889, ces divers troubles s'accentuèrent. Elle avait beaucoup de peine à fournir sa journée de travail parce qu'elle était très faible et parce que « sa mémoire était perdue ». Elle oubliait à chaque instant une lettre à écrire, un ordre qu'elle venait de recevoir. En causant il lui arrivait parfois de s'interrompre tout à coup ne se rappelant plus ce qu'elle voulait dire. La nuit elle était agitée, elle avait des rêves fréquents ; elle voyait des animaux, ou bien se croyant à son magasin appelait à haute voix ses camarades, etc.



Un soir, vers 7 heures, à la suite d'une contrariété sans importance, elle se sentit tout à coup comme suffoquée, elle ressentit des élancements très vifs, très douloureux, dans les tempes, sa vue se troubla et elle tomba à terre en se débattant et en poussant des cris. Quand elle reprit connaissance elle pleura abondamment. Elle était très faible, on dut la ramener en voiture à son domicile.

Après deux jours de repos elle voulut retourner à son magasin; à peine avait-elle commencé à travailler qu'elle eut une seconde attaque précédée des mêmes prodromes qui avaient marqué le début de la première crise. Au sortir de cette seconde attaque elle remarqua que son bras et sa jambe du côté droit tremblaient. Ce tremblement a toujours persisté depuis.

État actuel. — Depuis qu'elle est entrée à la Salpêtrière, ses attaques sont fréquentes. Elles se produisent tous les quatre ou cinq jours en moyenne. On peut les provoquer par la compression de l'un ou l'autre ovaire, ou bien en exerçant une légère pression au

---

Quand donc notre grand Sénat médical arrivera-t-il à avoir une habitation pour lui tout seul et digne de son rôle dans la Société ? En face du dénuement de nos finances, on ne saurait rien demander aux ministères intéressés ; mais combien serait-il à désirer que les sommités de la profession suivissent l'exemple de Demarquay, en léguant des sommes à l'Académie pour lui permettre de s'offrir une installation en rapport avec sa valeur! Que l'on cherche à fonder des prix, cela est parfait ; mais que pour décerner ces prix on ait un local convenable, cela serait mieux. Avis donc aux âmes généreuses qui ont plus de millions qu'il ne leur en faut pour vivre. Voilà une grande œuvre à accomplir. Puisse mon avis être entendu, écouté et suivi.

***

L'Académie a perdu cette année, chose rare, son président, durant son exercice. M. Maurice Perrin a été brusquement et inopinément arraché à son fauteuil. C'était un médecin méritant. La médecine militaire, qui peut à bon droit s'enorgueillir de bien des noms, brillait au bureau de l'Académie dans la personne de cet homme travailleur, digne, affable.

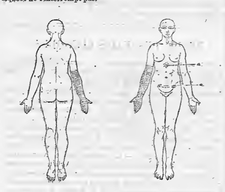
Quelques semaines après mourait un ancien président de la même Académie, Philippe Ricord : voilà encore une grande figure qui vient de disparaître.

Importé, en quelque sorte, d'Amérique ou mieux rapatrié (car son père, établi à Baltimore était d'origine française) sous la Restauration par la protection de M. Hyde de Neuville, à qui jusqu'à la fin de sa vie, il conserva une reconnaissance toujours jeune (1), Ricord avait eu des débuts un peu pénibles ; il sortit vite de l'obscurité. Établi d'abord à Olivet, près d'Orléans, puis à Crouy, près de Meaux, il vint à Paris pour concourir au bureau central des hôpitaux. Le voilà chirurgien de l'hôpital du Midi. Il devient rapidement chef d'école, un chef des plus brillants, et ses premiers comme ses derniers élèves sont restés ses amis. N'est-ce pas là un bel éloge ?

Si Ricord n'a pu arriver du N° 6 de la rue de Tournon jusqu'au Luxembourg où le Sénat impérial l'attendait, il n'a pas eu moins de gloire. Par son affabilité, il avait su ne pas se créer d'ennemis.

(1) Le portrait du ministre ornait le cabinet de consultation de l'illustre spécialiste, qui aimait à rappeler ce qu'il lui devait.

creux épigastrique. La malade accuse d'abord une sensation d'étouffement, puis il lui semble que sa gorge est serrée ; elle fait de violents efforts d'inspiration ; elle a des battements dans les tempes ; ses yeux se ferment, elle perd connaissance et l'attaque commence. Après quelques convulsions épileptiformes de courte durée elle exécute en poussant des cris une série de mouvements de salutation interrompus de temps en temps par un arc de cercle en avant caractéristique. Après quoi elle retombe inerte, et elle se met à pleurer abondamment, elle sanglote. Parfois l'attaque recommence. La compression des zones hystérogènes déjà indiquées ne l'interrompt pas.



Un examen méthodique révèle l'existence des stigmates suivants : 1° une analgésie absolue, avec conservation des autres modes de la sensibilité, qui s'étend à tout le membre supérieur droit à partir du tiers inférieur du bras. Cette zone d'analgésie est limitée par une ligne circulaire, comme l'indique la figure ci-dessous (1) : 2° un rétrécissement concentrique à 60° du champ visuel de l'œil droit ; 3° le goût est aboli sur le côté droit de la langue ; l'odorat est affaibli de ce côté.

La malade souffre toujours d'une céphalée occipitale, constrictive, elle a encore la plaque sacrée, les troubles dyspeptiques persistent. Elle est triste, apathique, sa mémoire est très amoindrie ; elle est comme hébétée ; elle se sent tout à fait incapable de reprendre ses occupations.

Tremblement. — Indépendamment de ces divers troubles elle présente un tremblement très intense qui occupe le membre supérieur droit.

Il nous paraît inutile d'insister sur l'analogie complète qui existe entre ces deux observations et le cas de railway-spine que nous avons précédemment relaté. Il n'y a entre eux aucune différence essentielle. Le tableau symptomatique est le même ou peu s'en faut, chez ces trois malades. Et cependant il n'est question dans les observations II et III ni de traumatisme, ni de shock nerveux ; une émotion morale quelconque, un labeur excessif, le surmenage peuvent donc réaliser cet état hystéro-neurasthénique qui sert de substratum principal à la névrose *traumatique* des auteurs allemands.

Ainsi va se rétrécissant de jour en jour le groupe des observations qui ont pu servir de base à la doctrine de la névrose traumatique.

Maintenant, que lui reste-t-il? Sur quels faits pourra-t-on encore s'appuyer pour entretenir la controverse? On invoquera des cas d'hystérie locale ; on trouvera des traumatisés qui présenteront une contracture, une parésie quelconque, un tremblement localisé à tel ou tel membre, etc., qui n'ayant ni zônes hystérogènes, ni attaques (et que de fois on qualifie d'épilepsie, de vertiges, de syncopes certaines formes anormales de l'attaque hystérique!) ne posséderont pour tous stigmates qu'une abolition du goût par exemple, et on leur contestera la qualification d'hystériques. Voilà les cas sur lesquels on continuera sans doute à équivoquer. Mais sur ce terrain encore l'argumentation des adversaires de la théorie française porterait à faux. Il serait certes facile de montrer que toutes ces modalités cliniques de l'hystérie s'observent fréquemment en dehors de toute influence traumatique, de tout shock nerveux. Cette catégorie de faits ne justifierait pas davantage la création d'une névrose spéciale. Oui, la conception d'une névrose traumatique est née de l'idée fausse qu'on s'est faite de l'hystérie en général, d'une connaissance imparfaite des formes qu'elle peut revêtir. On a cru découvrir une espèce morbide nouvelle, non encore décrite. On a accumulé, pour lui faire une place à part dans les cadres nosographiques, mémoires sur mémoires, observations sur observations et l'on ne veut pas convenir que cette place était déjà occupée par

---

C'est un grand mérite. L'illustre syphiligraphe est mort comblé de jours ; il allait atteindre 89 ans.

Déjà l'on a appris que l'hôpital du Midi va perdre son nom pour devenir l'hôpital Ricord. Peut-être verrons-nous bientôt sa statue orner une des places de Paris! Probablement il l'attendra moins longtemps que tant d'autres grands médecins, car sa popularité a été immense.

*
* *

Il l'a attendue plus de deux siècles et demi, sa statue, le grand Van Helmont. Mais enfin elle a été inaugurée à Bruxelles le 15 juillet dernier avec une grande solennité.

Quelle singulière physionomie que celle de Van Helmont! Le discours prononcé à l'occasion de cette solennité par le secrétaire de l'Académie royale de médecine de Belgique la montre bien dans son jour. M. Rommeleare était d'ailleurs plus que personne autorisé à faire cet éloge, lui qui, en 1865, avait obtenu le prix de l'Académie belge dans le concours institué pour établir le rôle de ce novateur dans l'histoire ou mieux dans l'évolution de la médecine moderne.

Quand on lit les œuvres de Van Helmont, si on a le soin de mettre de côté tout parti pris, dès que l'on s'est habitué à ce singulier langage des *blas et des duelech*, on reste surpris de la hauteur de vues de ce chercheur. Crédule jusqu'à l'absurde, il montre souvent et presque en même temps une indépendance remarquable dans la défense de ce qu'il croit la vérité. Un des plus érudits médecins de notre temps, le Dr C. Broeckx, d'Anvers, a publié plusieurs œuvres inédites de Van Helmont. Citons spécialement une *Défense du magnétisme animal* que le bouillant médecin eut à soutenir contre les poursuites de l'autorité ecclésiastique, ce qu'il fit avec la plus haute dignité et la plus grande énergie.

Dr Péter-Paul Somans.

l'hystérie et la neurasthénie. On finira par le reconnaître.

Cette querelle aura du moins servi à mettre définitivement au jour ce fait que le traumatisme, les émotions violentes subites, sont les agents provocateurs, peut-être les plus vulgaires, de l'hystérie et la très grande fréquence de cette névrose chez l'homme.

On sait que cette question du railway-spine n'est pas seulement intéressante au point de vue nosographique. Les victimes des accidents de chemin de fer demandent tout naturellement des dommages-intérêts aux Compagnies. Ces états nerveux hystériques ou neurasthéniques apparus sous l'influence des traumatismes rendent très délicates, en raison de leur gravité, de leur ténacité, la mission du médecin légiste. Au dernier Congrès de médecine légale, à l'occasion du rapport présenté par M. Gilles de la Tourette, une discussion s'est élevée sur la nature de ces troubles nerveux. Au cours de la discussion, quelques orateurs, adversaires de la doctrine soutenue par M. Charcot et ses élèves, ont avancé à l'appui de leur opinion certains faits intéressants et certaines considérations ingénieuses, sans doute, mais qui nous paraissent faciles à réfuter.

On a fait remarquer que beaucoup de ces traumatisés sont totalement dépourvus d'antécédents héréditaires névropathiques; qu'il est impossible de démontrer chez eux l'existence d'une prédisposition quelconque héréditaire ou acquise, qu'on ne saurait par conséquent invoquer, dans ces cas, le réveil par le traumatisme d'une prédisposition jusque-là restée latente; et que l'affection ayant été ainsi créée de toutes pièces par l'accident, ou pourrait conclure de ce fait à la légitimité d'une névrose spéciale, traumatique et étrangère à l'hystérie. Il est incontestable que les cas dans lesquels l'hérédité ne peut être démontrée par l'enquête sont nombreux. Mais, en pratique, il est souvent impossible, et pour des motifs que l'on connaît bien, de reconstituer l'histoire précise et complète des ascendants du malade. Et puis, en admettant que cette hérédité fût réellement absente chez tel ou tel sujet, serait-ce une raison suffisante pour rejeter l'hystérie. Nous ne le croyons pas. Est-ce qu'on ne voit pas à chaque instant des ataxiques, des paralytiques généraux, qui ne sont ni des héréditaires, ni des syphilitiques, ni des alcooliques, etc., chez lesquels l'affection procède on ne sait d'où et vient on ne sait comment? Se refuse-t-on pour cela à porter le diagnostic d'ataxie ou de paralysie générale progressive?

Dans ce même Congrès, M. le professeur Brouardel a soutenu l'opinion que les troubles nerveux des traumatisés sont la conséquence d'un trouble de la nutrition qui a pour résultat la formation de ptomaïnes et aboutit en dernière analyse à une véritable auto-intoxication. M. Pouchet et lui ont recherché et isolé chez un malade, qui était excité, une ptomaïne convulsivante et chez un autre sujet mélancolique celui-là, un alcaloïde anesthésiant. Ce sont là des faits d'un réel intérêt pour l'histoire des auto-intoxications en général sur lesquelles les remarquables travaux de M. Bouchard ont si vivement appelé l'attention. Mais ils nous paraissent insuffisants, ne fût-ce qu'en raison de leur petit nombre, pour servir de base à une théorie pathogénique des troubles si multiples, si variés de l'hystéro-traumatisme, et nous ne pensons pas que le moment soit encore venu de reprendre à l'occasion de ces deux faits, sous une forme nouvelle et inattendue, la querelle des hystéries toxiques.

En somme, depuis que la discussion est ouverte sur la nature des troubles nerveux qui constituent le railway-spine ou la névrose traumatique, il n'a encore été produit, du moins à ce que nous croyons, aucun fait, aucun argument décisif, établissant d'une façon précise en quoi la plupart de ces troubles nerveux diffèrent des symptômes de l'hystérie ou de la neurasthénie. Chaque malade de la série traumatique a son équivalent, son semblable dans le groupe des hystériques ou neurasthéniques les moins contestables et qui n'ont été traumatisés ni physiquement ni psychiquement.

On n'est donc pas fondé à distraire du cadre de l'hystérie et de la neurasthénie les cas dans lesquels un shock nerveux ou physique a provoqué isolément ou simultanément l'éclosion de ces névroses déjà définies et classées pour les faire servir à l'édification d'une névrose nouvelle.

REVUE DES FAITS CLINIQUES

Fracture du pubis avec rupture de l'urètre, cystotomie sus-pubienne; cathétérisme rétrograde, guérison, par le Dr Arturo Raffa, chirurgien de l'hôpital de Rovigo,

Homme de 43 ans, sain et robuste; le 4 mai dernier est renversé de voiture, projeté à terre où il reste privé de connaissance, transporté aussitôt à l'hôpital, il présente une pâleur extrême avec faiblesse des battements cardiaques; un caillot de sang dans le conduit auditif droit; aucun phénomène cérébral, douleur vive dans les membres inférieurs, surtout à gauche, exaspérée par les mouvements, tuméfaction notable à la face externe de la branche montante du pubis gauche. — Le malade déclare avoir ressenti dans la chute et ensuite dans le transport à l'hopital une sensation de déchirement au périnée et comme un os qui se brise. — On remarque au périnée une tumeur douée d'une élasticité anormale. Une vessie de glace est appliquée sur le bassin. A la visite du soir on s'aperçoit que du sang est sorti du canal de l'urèthre et que toute tentative d'uriner est vaine; ces tentatives provoquent de vives douleurs. Larges plaques noir-bleuâtre au périnée, au scrotum, à la verge, à la racine des cuisses, à la région iliaque gauche; vessie distendue. — T. 37°5; un sondage est tenté avec précaution. L'instrument, arrivé au delà de la portion bulbeuse, pénètre dans un sac rempli de sang; quelques gouttes de sang tombent extérieurement. Le doigt introduit dans le rectum sent le bec de la sonde libre dans un espace au-dessus de la portion prostatique, en dehors du conduit naturel. Diverses tentatives pour retrouver l'orifice interne restent sans résultat. Injection de morphine. Le lendemain la rétention d'urine persiste. T. = 37°3, P. = 80, douleurs à la région hypogastrique continuelles et violentes; une intervention devient nécessaire. Opération. Le malade est endormi; incision rapide du bord supérieur du pubis à deux doigts au dessous de l'ombilic; à l'aide d'un double crochet la vessie est maintenue au centre et tenue de bas en haut; incision de 1 centimètre avec le bistouri; jet d'urine, jaune citron, privée de sang, qui s'élève au-dessus du niveau de l'abdomen d'environ 10 centimètres; ce jet diminue rapidement de force et cesse complètement, quoique la vessie soit encore pleine d'urine; par l'incision abdominale on introduit dans la vessie une tige métallique longue de 32 centimètres, d'un calibre N° 10 (filière Charrière) à courbure à grand diamètre; elle pénètre par l'orifice interne dans l'urèthre et vient faire saillie au périnée. Les cuisses étant écartées, le scrotum soulevé par un aide, tandis qu'un second maintient l'instrument, incision sur le raphe médian des tissus jusque sur l'extrémité de l'instrument qui fait saillie au centre du périnée, introduction par le méat d'une sonde métallique N° 12 qui vient buter sur la première et dont l'extrémité, après agrandissement de la boutonnière sort également au centre du périnée. Un fil de soie est attaché à cette extrémité et la sonde retirée, de sorte que le fil traverse ainsi le canal de l'urèthre. A l'extrémité du fil ainsi retiré par le méat, on fixe une sonde élastique N° 21 qu'on

attire ensuite dans la verge et fait ressortir par la fenêtre périnéale, on attache alors le fil à la tige métallique qu'on retire par l'abdomen et qui entraine avec elle le fil et la sonde élastique qu'on arrive à faire pénétrer dans l'urèthre caverneux, ensuite dans la vessie et enfin dans l'incision abdominale ou on coupe le fil. La sonde retombe alors dans la vessie qui se vide complètement. Quelques minutes suffisent pour l'opération. On réunit par suture la vessie et les parois abdominales; de même pour le périnée. On fixe à la sonde un long tube de gomme et on replace le malade dans son lit; le tube retombe alors dans un vase et constitue un véritable syphon. Les urines apparaissent claire; pas de réaction locale ou générale. — Au huitième jour on change la sonde; au douzième jour on enlève le tube pour laisser la vessie se distendre quelques heures; au quatorzième jour le malade urine avec facilité et quitte peu après l'hôpital.

PROSTATECTOMIE HYPOGASTRIQUE.

Homme de 58 ans, souffrant depuis plusieurs mois de difficulté et de douleur dans l'émission des urines, qui contiennent du sang en abondance. En septembre 1887, rétention complète d'urine; entrée à l'hôpital de Rovigo. A l'examen, vessie arrivant à l'ombilic; on la vide à l'aide d'une grosse sonde; urine foncée, contenant du sang. Le toucher rectal fait reconnaître une tumeur bosselée occupant le col et le fond de la vessie. Le soir du soudage, le malade est pris de fièvre, la température oscille entre 39°; 40° et 40,2. Irrigations vésicales sans résultat sur l'hématurie et les fonctions vésicales. L'examen microscopique décèle dans les urines la présence de globules rouges et blancs et de divers éléments de la vessie; la fièvre diminue peu à peu et s'éteint; la sonde est maintenue en permanence et les lavages continués. Sondage de six heures en six heures. Après quelques semaines, l'hématurie diminue, mais l'émission de quelques grammes d'urine provoque toujours un ténesme insupportable. Le toucher rectal fait reconnaître toujours la tumeur bosselée; on ne peut pas en atteindre la limite supérieure. Le malade réclame un traitement chirurgical. L'âge, les symptômes, la forme de la tumeur, peuvent faire craindre un néoplasme; dans ces conditions, la taille suspubienne est décédée. Opération le 22 novembre. Chloroforme; introduction dans le rectum du ballon de Petersen, introduction dans la vessie d'une sonde métallique et injection d'eau dans la vessie; ligature avec un fil élastique de la verge. Incision sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis; ouverture de la vessie sur une longueur de trois travers de doigt, sans lésion du péritoine. La vessie ainsi ouverte est maintenue au niveau de l'incision abdominale à l'aide de six pinces de Péan équidistantes. Avec l'index, on arrive à toucher dans le fond vésical une tumeur trilobée, sessile, qui a pour centre l'orifice de l'urèthre et dont le volume est celui d'un œuf de poule.

On déterge la vessie avec des tampons de ouate et on fait un grand lavage avec une solution de sublimé; l'index gauche servant de guide, la main droite armée de ciseaux courbes attaque par l'intérieur la tumeur et arrive à la détacher par morceaux presque entièrement. Les débris restants sont saisis par une pince dentelée et excisés avec les ciseaux. Le doigt est le seul guide pendant l'opération, car le sang masque à la vue les tissus; il n'est pas cependant en quantité assez abondante pour donner de l'inquiétude. Trois valves sont placées dans la vessie, une supérieure et deux latérales, de façon à examiner la muqueuse saine; avec le thermo-cautère on touche les surfaces saignantes de façon à assurer l'hémostase. La sonde métallique était toujours en place. Plans de sutures; long tube de gomme en double de 1 centimètre à l'angle inférieur; ouate au sublimé pour pansement. La sonde et le ballon enlevés, le malade est placé sur le lit; les extrémités du tube en gomme tombent dans une bouteille et forment siphon. Urine sanguinolente, Temp. = 37,4. Le pansement est renouvelé les premiers jours, car il est taché par l'urine et par le sang; 10° jour, urine claire; 15°, introduction d'une sonde par l'urèthre, irrigation antiseptique; le 30° le tube est enlevée et l'on place une sonde en permanence dans l'urèthre. Dans les premiers temps, il s'échappait par la fistule une assez grande quantité d'urine; si on retirait la sonde, toute l'urine s'en allait par la fistule. Le 50° jour, pour la première fois, émission d'urine par l'urèthre. Deux mois après l'opération, le malade rend 1.600 grammes d'urine normale par l'urèthre et quelques gouttes par le trajet fistuleux. Il se lève du lit. Le réveil d'une épididymite aiguë le remet au lit jusqu'au 10 avril, date de la sortie de l'hôpital.

L'examen de la tumeur enlevée moutra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie de la prostate avec processus inflammatoire. (*La spérimentale,* octobre 1889). M. REY.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE ET TECHNIQUE HISTOLOGIQUE.

I. — SUR LA PSEUDO-TUBERCULOSE BACILLAIRE DES RONGEURS, par le Dr A. PFEIFFER. Leipzig, 1889. Analysé in *Deutsche medicin. Wochenschrift* 1889, n° 48, p. 987.

II. — LE SORT DES BACTÉRIES PATHOGÈNES DANS LES CADAVRES, par E. VON ESMARCH. *Zeitschrift für Hygiène* T. VII. Analysé in *Fortschritte der Medicin,* 1889, n° 20.

III. — IMMUNITÉ CONFÉRÉE PAR UNE ALBUMOSE ISOLÉE DES CULTURES CHARBONNEUSES, par E. H. HANKIN. *The British medical Journal,* 12 octobre 1889.

I. — Le nom de « pseudo-tuberculose » a été donné par C. J. Eberth, à une affection des organes glandulaires, développée chez certaines espèces (cobayes, lapins) par un bacille autre que le bacille de Koch, mais qui, néanmoins, ne se distingue pas, à l'œil nu, de la tuberculose vulgaire de ces mêmes organes. Malassez et Vignal, en France, se sont occupés également de l'étude de cette « pseudo-tuberculose » des rongeurs, mais pas plus qu'Eberth, ils n'ont réussi, au dire de Pfeiffer, à isoler le germe de cette affection infectieuse.

Pfeiffer prétend avoir atteint ce résultat, en ensemençant des parties d'organes envahis par la pseudo-tuberculose, dans différents milieux de culture. Dans de l'agar, additionné de 2 p. 100 de peptone de jus de viande, il a vu apparaître, dès le second jour, des colonies grisâtres, qui, plus tard, prenaient une consistance mucilagineuse et se laissaient étirer en fils. Dans la gélatine, le bacille de la pseudo-tuberculose forme, déjà au bout de vingt-quatre heures, des colonies sphériques, qui communiquent au trajet d'inoculation une teinte grisâtre: au bout de cinq à six jours, des colonies de même aspect viennent éclore à la surface de la gélatine; celle-ci n'est pas liquéfiée par le bacille en question. Vues sous un grossissement de trente diamètres, ces colonies superficielles présentent un aspect marbré. Autour des colonies qui végètent au sein de la gélatine, se déposent de petits cristaux; ceux-ci, d'après Pfeiffer, proviennent de l'action qu'exercent les produits secrétés par les colonies, sur les sels de la gélatine de culture.

Le bacille de la pseudo-tuberculose se développe très bien à la surface du coagulum formé par le sang qu'on tire de la veine d'un animal, et qu'on recueille dans des verres à réactif stérilisés.

Les rondelles de pomme de terre, le sérum sanguin, l'empois d'amidon, la mie de pain constituent de mauvais terrains de culture pour ce même bacille, qui, par contre, vient très bien dans le lait. La réaction du liquide n'est pas influencée.

Le bacille de la pseudo-tuberculose est privé de mouvement. M. Pfeiffer n'a jamais constaté la formation de spores, dans ses expériences de culture. L'exposition à une température de — 9°, prolongée pendant sept heures consécutives, n'atténue pas la virulence de ce bacille, contrairement à ce qui a lieu, au bout d'une heure d'exposition à une température de 60°.

Le bacille de la pseudo-tuberculose est pathogène pour les espèces suivantes : souris domestiques, grises et blanches, cobayes, lapins hamsters, lièvres, Sont réfractaires à l'action pathogène de ce bacille : le cheval, la chèvre, le chien, le chat, le hérisson, le rat, la chauve-souris, la taupe, la souris des champs, la poule, le pigeon.

Un produit de culture, d'une cinquième génération, ayant été inoculé à deux cobayes, les deux animaux ont péri au bout de vingt jours. Voici l'énumération des lésions qu'on a trouvées à l'autopsie de ces deux cobayes : Tuméfaction considérable et caséification commençante des ganglions inguinaux (bubons) ; au siège de l'inoculation, dans le foie et dans la rate, nombreuses nodosités caséifiées, quelques-unes grosses comme des pois. Infiltration médullaire des ganglions rétro-péritonéaux. Sur des coupes des poumons, nombreux foyers de nécrose. Tuméfaction et caséification des ganglions bronchiques.

D'une façon générale, les organes et les nodosités contiennent d'autant plus de bacilles spécifiques que les animaux ont succombé plus rapidement aux suites de l'inoculation. Ajoutons que M. Pfeiffer a observé une épidémie de pseudo-tuberculose, chez des cobayes occupant un même réduit et non inoculés.

Pour la coloration du bacille de la pseudo-tuberculose, le meilleur procédé consiste dans l'emploi de la solution de méthylène, de Lœfler.

II. — Que deviennent les bactéries pathogènes immigrées dans un organisme vivant, après la mort de ce dernier? M. E. von Esmarch a fait des recherches très consciencieuses, pour élucider cette intéressante question. Ces recherches ont embrassé une durée de trois années. Elles ont porté sur des cadavres d'animaux, les uns enfouis dans la terre pendant quelque temps, ou immergés dans l'eau, d'autres, conservés dans un four à incubation ou dans un appareil réfrigérant. Voici les principaux résultats annoncés par M. von Esmarch.

Après un enfouissement de l'animal, de quatre-vingt-dix jours, le bacille de la septicémie des souris conservait sa virulence ; au bout du même espace de temps, ce bacille avait perdu toute virulence, dans le corps d'une souris, qui avait séjourné dans l'eau. Au bout de huit jours de séjour du cadavre dans le four à incubation, la virulence du bacille était également anéantie, autant qu'on en pouvait juger par les résultats des expériences d'inoculation.

Le germe du rouget des porcs a conservé sa vitalité après trois mois d'enfouissement du cadavre, à 3 mètres de profondeur.

Dans les cadavres d'animaux qui ont péri de la maladie charbonneuse, il n'y a pas formation de spores, quand l'air n'a point accès au siège des bacilles charbonneux. Ceux-ci continuent de vivre au plus pendant dix-huit jours, quand les cadavres sont conservés dans un réfrigérateur. Dans les circonstances ordinaires, ils perdent leur vitalité et leur virulence beaucoup plus tôt, et d'autant plus vite que la putréfaction du cadavre fait des progrès plus rapides. Dans les couches de terre, qui étaient en contact immédiat avec le cadavre d'un animal charbonneux, von Esmarch n'a pas réussi une seule fois à découvrir des bactéries charbonneuses. Enfin, des spores charbonneuses, dont il avait imprégné des fils de soie introduits ensuite dans un cadavre, avaient conservé toute leur vitalité après dix-huit jours d'enfouissement; preuve que ces spores ne germent pas dans le corps de l'animal privé de vie.

Le microorganisme du choléra des poules a résisté plus longtemps (quatre à six semaines) à l'influence de l'enfouissement.

Le *micrococcus tetragenes* n'a résisté que très peu de temps.

Les bacilles de la tuberculose contenus, en grand nombre, dans des fragments de poumon provenant de vaches tuberculeuses, avaient perdu leur vitalité après deux cents jours d'enfouissement.

La durée de résistance du bacille du choléra est de cinq jours au moins.

Enfin, les microcoques du pus et le bacille de la fièvre typhoïde se prêtent mal au genre de recherches poursuivies par von Esmarch.

Ce dernier conclut que les bactéries pathogènes ne survivent pas longtemps à l'organisme dont ils ont envahi les tissus, et qu'ils périssent d'autant plus rapidement qu'est plus intense la putréfaction du cadavre qui leur donne asile. Toutefois, la putréfaction n'est pas une condition indispensable à l'anéantissement des microorganismes pathogènes, dans les cadavres; en emprisonnant, dans de l'agar, un fragment de foie rempli de bacilles charbonneux, von Esmarch a constaté qu'au bout de trois semaines, il ne s'était guère développé qu'une seule colonie de ce microorganisme.

III. — M. Hankin a fait, à l'Institut d'hygiène de Berlin, sous la direction du professeur Koch, des recherches bactériologiques qui jettent un jour nouveau sur la question de l'immunité.

On admet généralement que l'immunité contre une maladie déterminée tient à ce que l'organisme qui jouit de cette immunité est devenu réfractaire au poison qui engendre la maladie. Par analogie avec ce qui se passe dans les cas d'immunité acquise contre le venin des serpents (qui renferme une albumose), M. Hankin s'est demandé s'il n'y aurait pas dans les cultures du bacille de l'anthrax (bactérie charbonneuse), une albumose ayant le pouvoir de conférer l'immunité contre le charbon. En effet, par des procédés chimiques qui sont décrits en détails dans le travail de M. Hankin, celui-ci a réussi à extraire des cultures charbonneuses, une albumose qui équivaut à un véritable vaccin. Voici, d'ailleurs, les conclusions du travail de M. Hankin :

1° La bactérie charbonneuse est redevable de sa vitalité dans l'organisme animal à la propriété qu'elle possède de produire une albumose toxique;

2° Cette albumose toxique a la propriété de neutraliser le pouvoir germicide de l'organisme animal vivant;

3° Cette albumose paraît être excrétée avec beaucoup de lenteur;

4° Quand on injecte à un animal une forte quantité de cette albumose, on rend ses organes plus accessibles à la bactérie charbonneuse;

5° Quand la quantité d'albumose injectée est très faible, on communique à l'animal l'immunité contre les effets toxiques de la bactérie charbonneuse. Par suite, le virus charbonneux est rendu incapable de neutraliser, au moyen de sa propre albumose, l'action germicide de l'organisme inoculé.

6° Quand on injecte une dose moyenne d'albumose, le virus charbonneux, inoculé après coup, tue l'animal dans les délais ordinaires; d'autres fois cependant, la mort est retardée. Cela

preuve que, dans cet organisme imprégné d'une quantité insuffisante d'albumose, la bactérie charbonneuse conserve l'aptitude de sécréter sa propre albumose en quantité plus considérable, et se trouve ainsi en état de triompher de la résistance de l'organisme inoculé.

E. RICKLIN.

(A suivre).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

HYPERTROPHIE DE LA RATE. — SA VALEUR DIAGNOSTIQUE DANS LA TUBERCULOSE DU PREMIER AGE, par Arthur MÉDAIL (Thèse de Paris, 1889).

La phtisie chez le nouveau-né prend volontiers des allures d'infection générale, et dans ces cas reste méconnue. La constatation de l'hypertrophie de la rate, alors qu'on a pu éliminer la syphilis, le paludisme, la fièvre typhoïde, la diphtérie, acquiert une grande valeur diagnostique.

Cette constatation peut se faire par la palpation et la percussion.

La percussion est difficile chez l'enfant qui crie et dont l'estomac et l'intestin sont le siège d'une distension gazeuse. La palpation est le procédé de choix. Pour la pratiquer, on applique la pulpe du pouce parallèlement au rebord costal au niveau de l'extrémité anterieure de la onzième côte et on déprime la paroi. On finit, avec plus ou moins de patience, par sentir, soit une petite masse régulière, aplatie, résistante, soit une languette que va heurter le doigt en se recourbant en crochet derrière le rebord costal.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES DU PÉRITOINE, par Henri DEPOIX (Th. de Paris, 1889).

Il existe une forme rare d'ascite caractérisée par l'aspect laiteux du liquide tenant en suspension des gouttelettes graisseuses très fines.

Trois théories expliquent la nature étrange de ce liquide :

Les uns admettent que l'épanchement est dû au passage du chyle en nature dans la cavité péritonéale (Quincke, Straus), par suite de la rupture des voies de transport du chyle (canal thoracique ou vaisseaux chylifères pendant leur trajet mésentérique).

D'autres, avec Letulle, ayant rencontré dans les cas d'ascite chyliforme, des traces d'inflammation plus ou moins manifeste de la séreuse, pensent que la régression granulo-graisseuse des produits inflammatoires épanchés (fibrine et leucocytes), suffit pour composer la totalité de la graisse émulsionnée.

D'autres enfin, se fondant sur les difficultés qu'on trouve à accommoder les faits avec les théories précédentes, soutiennent qu'il s'agit d'un épanchement graisseux d'emblée (Debove).

L'auteur conclut que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'adapter une de ces théories à l'exclusion des autres.

D'ordinaire les malades subissent un certain nombre de ponctions et finissent par succomber.

ETUDE SUR LES ABCÈS DU CERVEAU CONSÉCUTIFS A CERTAINES LÉSIONS PULMONAIRES, par André COACHON (Th. de Paris, 1889).

Les abcès du cerveau s'observent à la suite d'un certain nombre d'affections pulmonaires parmi lesquelles la dilatation des bronches avec bronchite putride, et la pneumonie chronique occupent la première place. Viennent ensuite, avec une fréquence moindre, la gangrène pulmonaire, la pneumonie aiguë avec hépatisation grise, la tuberculose pulmonaire avec cavernes et la pleurésie purulente.

Toutes ces maladies ont pour caractéristique l'existence de lésions suppuratives dans l'appareil broncho-pulmonaire ou dans les cavités pleurales.

Les risques d'infection de l'encéphale sont en rapport avec la fétidité du pus sécrété. Les microbes de la suppuration, charriés par le sang, viennent au cerveau et y déterminent un foyer purulent plus ou moins bien enkysté. C'est d'ordinaire l'abcès avec infiltration purulente voisine que l'on observe.

Les symptômes sont variables : quelquefois nuls, ils consistent dans d'autres cas en céphalalgie, paralysies diverses, convulsions épileptiformes, etc.

Le diagnostic avec la méningite tuberculeuse est difficile. La notion étiologique, en permettant de reconnaître une suppuration pulmonaire, fera penser à un abcès secondaire du cerveau.

Le pronostic est fatal. Les rémissions observées sont toujours suivies de rechutes.

Comme traitement prophylactique, l'auteur conseille l'antisepsie pulmonaire (?) grâce à la créosote, l'acide phénique, l'acide salicylique, l'eucalyptus, soit en pulvérisation, soit à l'intérieur. Dans la pleurésie purulente, on fera l'ouverture précoce de la plèvre en usant de toutes les précautions antiseptiques.

Dr FIESSINGER.

BULLETIN

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

L'Académie a entendu mardi dernier trois excellents discours sur la prophylaxie de la tuberculose. Partis de points de vue différents, les orateurs ne pouvaient arriver à des conclusions identiques ; ils n'en ont pas moins contribué les uns et les autres à éclairer la question.

En empruntant des expressions à une analogie généralement admise, on peut dire que trois termes sont ici en présence : la semence, le séminifère et le terrain. MM. Le Roy de Méricourt et Trasbot ont surtout envisagé le séminifère, M. Cornil la semence ; on a laissé un peu de côté le terrain, mais nous savons que, dans la suite de la discussion, son tour viendra.

Le séminifère, c'est l'homme, c'est l'animal dont la chair sert à notre alimentation. M. Le Roy de Méricourt s'est occupé de l'homme, du tuberculeux. Il montre d'abord que les dangers de la transmission de la tuberculose par l'homme ne sont pas aussi grands que pourrait le faire croire la promulgation des instructions débattues, ainsi que le prouve le petit nombre de cas de contagion relevés dans les établissements consacrés au traitement spécial des phthisiques.

Il insiste ensuite sur les difficultés d'exécution, dans la classe pauvre, des mesures de prophylaxie prescrites ; enfin, et c'est là le point capital de son argumentation, il craint de voir les tuberculeux, victimes de cette peur de la contagion, devenir les parias de la société, autant et même plus qu'autrefois les lépreux. Il conclut, comme M. Hardy dans la séance précédente, que c'est surtout à l'hygiène générale, et, pour chaque cas particulier, aux soins hygiéniques prescrits par le médecin, qu'il faut demander la meilleure prophylaxie de la tuberculose.

M. Trasbot a borné son argumentation à l'étude d'un point spécial de la question : l'origine bovine de la tuberculose. Ici

encore en aurait, suivant lui, forcé la note des dangers de la transmission. Ce qui le prouve, c'est que, à mesure que la tuberculose humaine faisait des progrès, la tuberculose bovine diminuait, à Paris du moins, dans des proportions considérables. Si donc la tuberculose est transmissible à l'homme par l'ingestion de la viande et du lait provenant d'animaux tuberculeux, ce qui est probable, mais n'est pas définitivement démontré, ce mode de transmission ne doit s'effectuer que dans des circonstances très rares. Cette donnée est sans doute suffisante pour justifier la prohibition sur les marchés de la viande d'animaux tuberculeux et la recommandation de faire bouillir le lait, mais l'Académie ne saurait, par un vote, transformer en vérité acquise ce qui n'est encore qu'une opinion scientifique.

M. Cornil voit avant tout le bacille, c'est-à-dire la graine. Cette graine existe dans la viande tuberculeuse, dans le lait dont une seule goutte peut contenir des centaines et des millions de bacilles, mais notre confrère reconnaît que, par la cuisson d'un côté, par l'ébullition de l'autre, on peut en atténuer, dans une très forte mesure, les dangers. Les grands agents de la transmission sont les bacilles contenus dans les crachats des phthisiques. Voilà une notion qu'on ne saurait trop vulgariser. Or, les moyens de désinfection des crachats sont à la portée de tout le monde, et la facilité de prévenir ainsi les dangers de la transmission, en rassurant ceux qui ont à prodiguer des soins à des tuberculeux, ne peut que donner un nouvel essor aux sentiments de dévouement auxquels ont droit ces intéressants malades.

La contagiosité de la tuberculose, admise par tous les médecins, de par l'expérimentation, trouve sa confirmation dans l'observation clinique plus souvent que ne le pense M. Le Roy de Méricourt. C'est ce que démontrent certaines statistiques, des faits analogues à celui de M. Marfan que M. Cornil rappelle et dont nous avons parlé dans notre précédent *Bulletin*, enfin l'importation de la maladie, par des phthisiques européens, chez des peuplades parmi lesquelles elle était auparavant complètement ignorée; c'est ce qui a eu lieu chez les Fuégiens, dont un groupe a été décimé par une véritable épidémie de phthisie aiguë, à la suite de l'arrivée d'un missionnaire protestant et de sa femme, celle-ci étant atteinte de tuberculose.

M. Cornil fait valoir, d'un autre côté, que la publicité qu'on redoute pour les instructions de la Commission académique, est déjà un fait accompli par tous les organes de la presse médicale ou extra-médicale. Le silence de l'Académie, basé sur les considérations développées par M. le Roy de Méricourt, aurait donc pour effet d'inquiéter plutôt que de rassurer l'opinion publique. Il est, d'ailleurs, du devoir de l'Académie, d'éclairer avant tout celle-ci et de renseigner les pouvoirs sur les mesures prophylactiques qu'il convient d'instituer et de répandre.

M. Cornil a raison : quand un danger existe, il est élémentaire, si on veut y soustraire le public, de le signaler à son attention. Mais ce n'est pas suffisant: pour éviter toute exagération dans un sens ou dans l'autre et prévenir les conséquences qui en peuvent résulter, on doit faire connaître avec soin, avec précision, le degré et l'étendue de ce danger, les conditions et les circonstances qui en peuvent augmenter ou diminuer l'imminence et la gravité. C'est à cette pensée que la Commission a obéi quand, après avoir proclamé le caractère infectieux et transmissible de la tuberculose, elle a ajouté que cette transmission ne s'effectue, d'un malade à un homme sain, que dans des conditions spéciales qu'elle a soin de déterminer. Mais dans l'examen de ces conditions, une part peut-être trop secondaire est faite à celles qui dépendent du terrain, et qui ont cependant, dans tous les faits de transmission, une haute importance.

Ainsi, dans l'épidémie, on peut dire de chambre, décrite par M. Marfan, on voit tous les sujets atteints prédisposés à l'action nocive du bacille par une débilité générale, conséquence de la mauvaise hygiène à laquelle ils étaient condamnés.

Dans l'exemple des Fuégiens, cité par M. Cornil, il semble, au premier abord, que les enfants recueillis, nourris, vêtus par le missionnaire anglais se trouvaient dans de meilleures conditions que ceux de leurs camarades qui continuaient à mener la vie sauvage; mais cet acclimatement à la vie civilisée, cette existence nouvelle en commun, dans un air plus ou moins confiné d'une école, ne constituaient-ils pas, au contraire, des circonstances propres à préparer le terrain et à créer la réceptivité pour le bacille tuberculeux? Il est possible, il est probable que, sans cette circonstance, les bacilles apportés et semés par la femme du pasteur anglais seraient demeurés stériles.

Ce sont ces conditions particulières au terrain, qui rendent les cas de tuberculose relativement rares si on les compare à la quantité de bacilles au milieu desquels nous vivons, et les faits de contagion directe de l'homme malade ou de l'animal à l'homme sain quasi-exceptionnels, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Le Roy de Méricourt et Trasbot. Ces notions sont utiles à vulgariser, en même temps qu'on proclame la contagiosité de la tuberculose, car elles sont propres à rassurer le public. Celui-ci juge volontiers de la contagion par ce qu'il voit chaque jour dans la propagation des maladies éminemment transmissibles, comme la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphthérie, la variole, etc. Il faut le prémunir contre la pensée que la contagion de la tuberculose s'exerce au même degré et procède de la même façon. Alors, si on lui indique en même temps, de la manière la plus nette et la plus précise les mesures propres à atténuer les dangers de cette contagion, on n'a plus à redouter pour les tuberculeux l'abandon entrevu par M. Le Roy de Méricourt.

Parmi ces mesures, celles qui ont pour but de détruire l'agent de la transmission, le bacille, ont sans doute une importance capitale; mais, d'après les considérations précédentes, on ne saurait davantage négliger celles qui ont pour but de rendre le terrain réfractaire à l'invasion de ces mêmes agents et c'est ainsi que les mesures d'hygiène publique et d'hygiène privée sur lesquelles MM. Le Roy de Méricourt et Hardy ont insisté, doivent trouver place dans les instructions relatives à la prophylaxie de la tuberculose.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— La contamination de l'eau a Paris. — Les récents travaux relatifs à l'influence de l'eau de Seine en boisson, sur le développement de la fièvre typhoïde à Paris, ne pouvaient manquer d'attirer l'attention de l'administration sur la nécessité de présenter des mesures pour supprimer l'usage de cette eau dans l'alimentation publique. Comme l'eau de source est en quantité limitée, l'une des premières mesures consistait à l'affecter uniquement aux usages domestiques. Le règlement du 25 juillet 1880, corroboré par une délibération du Conseil municipal, avait justement en vue de consacrer cette spécialisation de l'eau de source. M. le Préfet de la Seine, vient,

par l'arrêté suivant, de prescrire la mise en vigueur de cette heureuse disposition :

Article 1er — L'eau de source livrée pour les usages domestiques doit y être exclusivement consacrée. Il est interdit de l'employer, notamment, à l'arrosage et au lavage des cours et des jardins, au service des écuries et des remises, et aux autres usages analogues.

Art. 2. — Il n'est fait d'exception que pour les industries touchant à l'alimentation, telles que cafés, débits de vins, brasseries, restaurants, établissements de consommation, pharmacies, fabriques de produits alimentaires et d'eaux minérales, ainsi que pour tout usage exigeant une permanence de pression qui ne pourrait être assurée par les eaux d'Ourcq et de rivières.

Art. 3. — Tout abonné aux eaux de source, qui en fait un emploi non autorisé par les articles précédents, est tenu de modifier cette situation, en souscrivant un abonnement distinct aux eaux de l'Ourcq ou assimilées, dans les conditions des articles 24 et 25 du règlement du 25 juillet 1880, et en faisant immédiatement les travaux de branchement et de canalisation correspondants.

Toute infraction à l'usage de l'eau de source, tel qu'il est défini ci-dessus, entraînera pour l'abonné l'application de l'article 23 du règlement du 22 juillet 1880 sur les abonnements aux eaux.

Art. 4. — Toute communication entre les canalisations intérieures d'eaux de nature différente demeure formellement interdite.

Si les agents de l'administration ou de la compagnie constatent qu'il en a été établi par infraction à cette clause, le service d'eau de source pourra être suspendu d'office jusqu'à ce que la communication ait été supprimée par les soins de l'abonné, sans préjudice des poursuites auxquelles l'infraction pourra donner lieu.

Art. 5. — Les dispositions des art. 1, 2 et 3 du présent arrêté seront immédiatement applicables pour les abonnements aux eaux de source qui seraient souscrits à partir de la date fixée pour le renouvellement de la police et, au plus tard, à partir du 1er mai 1891.

— Séance annuelle de l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine tiendra, mardi prochain, sa séance annuelle. M. Rochard suppléera M. Bergeron, Secrétaire perpétuel, et prononcera l'éloge de Fonssagrives. Le regretté professeur de Montpellier allait être nommé membre associé national quand la nouvelle de sa mort arriva rue des Saints-Pères. C'est donc un correspondant national qui va recevoir les honneurs d'un éloge académique. Nous ne savons s'il y a des précédents à ce sujet; mais le bureau de l'Académie a obéi à une pensée de sage et libérale décentralisation en étendant aux correspondants la liste de ceux de ses membres dont la savante compagnie honore et consacre la mémoire dans ses séances annuelles.

— Epidémie de Saint-Pétersbourg. — La maladie épidémique qui règne à Saint-Pétersbourg, qui a atteint près d'un tiers de la population et tend à se propager sur les frontières occidentales de la Russie, est non la *dengue*, comme nous l'avions annoncé, sous toute réserve, d'après un journal, mais la grippe. L'épidémie, du reste, est bénigne.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Hutinel, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1889-1890, du cours de clinique des maladies des enfants.

Un congé, pendant l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants.

* * *

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Lenoël, professeur de clinique obstétricale, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

— M. le Dr Decamps est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Morin, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le Dr Emile Cottin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Deschamps est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 4 juin 1890 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

— *Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie*, par le professeur J. Grasset, recueillies et publiées par L. Bourquet, interne des hôpitaux. Une brochure in-8 de 54 pages avec planches hors texte, Prix : 2 fr.—Librairie C. Coulet, à Montpellier, et G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120, à Paris,

— Le sixième volume des *Leçons de clinique chirurgicale*, professées par le Dr Péan, à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1883 et 1884, vient de paraître. Ce volume contient en outre les observations recueillies dans le service de l'auteur dans la même période, ainsi que la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui pendant l'année 1886.

Les observations contenues dans le tome premier de ces *Leçons de clinique* remontent au 1er janvier 1884 ; c'est donc une période de onze années de travaux que présente l'auteur et dans laquelle on peut suivre les applications des méthodes nouvelles et des procédés les plus hardis de la chirurgie. M. le Dr Péan fournit ainsi une des contributions les plus intéressantes à l'histoire de la chirurgie française, grâce à la persévérance avec laquelle il rend compte des résultats obtenus dans son important service d'hôpital. (1 vol. in-8 de 1400 pages, avec gravures dans le texte, 25 fr. Félix Alcan, éditeur.)

—*Compte rendu des résultats obtenus pendant la première période bisannuelle* 1887-89 *à la clinique de psychothérapie suggestive*, fondée à Amsterdam le 15 août 1887 et dirigée par les docteurs A. W. Van Renterghem et F. Van Eeden. Une brochure in 8 de 92 pages. — A. Manceaux, libraire-éditeur, 12, rue des Trois-Têtes à Bruxelles,

— *Recherches physiologiques sur quelques anilides* (formanilide, Anhylformanilide, méthylacétanilide), par le Dr Paul Binet. Une brochure in-8 de 46 pages. — H. Georg, libraire-éditeur, librairie de l'Université à Genève.

— *Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales*, par Jonnesco, prosecteur provisoire de la Faculté. 1 vol. in-8 de 107 pages avec 13 planches hors texte et 21 figures. Prix : 3 fr. — Librairie du *Progrès médical*, 14 rue des Carmes.

— *Etude de pratique médicale sur le diabète sucré*, par M. le Dr H. Sénac, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8° de 136 pages. Prix : 2 fr. 50. — Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-Médecine.

— *D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle*, par le Dr Julien Besançon, membre de la Société anatomique. Une brochure in-8 de 58 pages avec une planche en chromo-lithographique hors texte. Prix : 3 fr. 50. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

— *Traité pratique des maladies mentales*, par le Dr A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon. Paris, 1889, 1 vol. in-18 jésus de 618 pages avec tracés graphiques. Prix : 6 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

— *Quelques particularités relatives à la nouvelle installation balnéothérapique de Saint-Christau* (Basses-Pyrénées), par le Dr Paul Bénard, médecin aux eaux de Saint-Christau. Extrait des Annales de la Société d'hydrologie. Une brochure de 22 pages avec 4 figures dans le texte. Prix : 1 fr. — Librairie Alexandre Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

— *Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux*, par le Dr Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. Tome deuxième : Résections en particulier; membre supérieur, avec 156 figures dans le texte (de 128 à 283). 1 vol. in-8 de 613 pages. Prix : 16 fr. — G. Masson, éditeur, libraire, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

— *Du processus histologique que développent les lésions aseptiques du foie produites par injections intra-parenchymateuses d'acide phénique*. De la régénération hépatique et de son mécanisme, par le Dr Constant Lapeyre, prosecteur à la Faculté de médecine Un vol. in-8 de 162 pages avec planches en couleurs hors texte. Prix : 5 fr. — Librairie G. Masson, 120, boul. Saint-Germain et Camille Conlet, éditeur à Montpellier.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses, 46. — Autres, 5. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 60 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë, 46. — Bronchite chronique, 29. — Broncho-pneumonie, 24. — Pneumonie, 63 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 11. — Biberon, 42. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 3. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 36. — Sénilité, 36. — Suicides, 17. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 14. — Total : 1020.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille); **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ, par le Dr Charles AMAT, médecin-major.

Le choix d'un traitement à employer pour la cure de l'ongle incarné doit être subordonné à la condition sociale du malade et à l'étendue de l'affection dont il est porteur. Tandis que de petits pansements intelligemment faits pourront avoir raison de lésions limitées chez des hommes propres, soigneux de leurs personnes, pourvus de chaussures souples et bien conformées, n'exerçant pas de professions pénibles, ayant le moyen de rester assis une grande partie du jour ou jouissant du loisir d'éviter à leur gré les fatigues, ces mêmes lésions persisteront et s'aggraveront souvent chez de pauvres ouvriers, mal chaussés, astreints à de durs labeurs, obligés de gagner quotidiennement leur vie et dans l'impossibilité d'arrêter leur travail pour sacrifier les produits d'un modeste salaire à des soins longs et minutieux. Chez les premiers, on sera autorisé à épuiser toute une série de petits moyens médicaux et orthopédiques à moins que l'ongle profondément incarné dans les chairs, donnant lieu à une ulcération large, suppurante, à fongosités volumineuses, ne motive une intervention chirurgicale à laquelle on devra sans tarder s'adresser pour obtenir chez les seconds une guérison radicale et rapide.

Suivant que l'onyxis latérale a été considérée comme la conséquence d'une malformation de l'ongle qui se creuse un sillon au milieu des chairs, d'un refoulement de ces dernières qui viennent se couper sur les bords de la lame cornée, ou de ces deux causes réunies, on a proposé des méthodes de traitement variées et si nombreuses, que de son temps déjà, Velpeau (1) en comptait plus de cent. Ce chiffre très respectable serait de beaucoup dépassé à l'heure actuelle, si l'on voulait, comme le dit G. Humbert (2), compter non seulement les procédés, mais les sous-procédés, consistant en substitution de minime importance, telles que celles des caustiques au fer rouge on des ciseaux au bistouri (3).

Nous nous proposons d'exposer dans les lignes qui vont suivre la majorité des traitements employés jusqu'à ce jour,

(1) Velpeau. Nouveaux éléments de médecine opératoire. Paris 1839.

(2) G. Humbert. Dictionnaire encyc. des sciences médicales. Article Ongles.

(3) Outre les ouvrages cités dans le cours de ce travail, à consulter : Bichat. Ongle du gros orteil entré dans les chairs (Journ. de chir. de Desault), t. IV, p. 218. Paris 1792; — Petissier. Dictionn. des sciences médicales. Art. ongles. Paris 1819; — Donzel. Essai sur l'ongle incarné, suivi de la description d'un nouveau procédé opératoire. Th. Strasbourg 1836; — Lherminier. De l'onyxis chronique. Th. Paris 1862; — Sacreste. De l'onyxis ulcéreuse latérale. Th. Paris 1873; — Dupont. Etude critique sur le traitement de l'ongle incarné. Th. Paris 1873; — Cochet. Considérations sur l'onyxis. Th. Paris 1874; — Rizzoli. De l'onyxis ulcéreux et de l'onyxis malin (mémor. del acad. del sc. del Instit. de Bologna, 3e série, t. VI. 1875. 1876), clin. chir. Appendice trad. par R. Andréini 1877, p. 87, et Lo sperimentale. Florence 1876, fasc. 3; — Damée. De l'ongle incarné et d'un procédé spécial d'opération. Th. Paris 1881; — Le Dentu. Dict. de méd. et chir. pratiques. Art. ongles; — Ricard. Du traitement de l'ongle incarné in Gaz. hop. 1888.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

C'est forcément une sorte de macédoine, un *olla podrida*, que cette *Revue médico-littéraire* présente annuellement à nos lecteurs. Voilà un aveu qui doit servir d'excuse. Car la faute en est à la multiplicité de genres et de sujets qu'abordent nos confrères dans leurs fugues plus ou moins extra-scientifiques.

I. — L'idée de constituer tous les étés une sorte de caravane médicale, destinée à aller étudier sur place les stations d'eaux minérales, était excellente. Le premier essai qui en fut fait en 1887 ayant eu un succès mérité, la Société française d'hygiène, d'où partait l'institution, a récidivé en 1888. Cette fois, ce n'est plus vers les stations du centre de la France (1) que se sont dirigés les excursionnistes, ils avaient pour objectif les eaux minérales et les stations sanitaires de la Suisse et des Vosges.

(1) Voir ce que nous disions l'an dernier de cette première caravane (*Gazette médicale* du 8 décembre 1888).

Le récit et les résultats de cette deuxième promenade forment un intéressant volume publié par MM. le Dr P. de Pietra-Santa et A. Joltrain (1).

Le livre comprend trois parties :

La première partie, d'ordre plus spécialement scientifique et rédigée par M. de Pietra-Santa, traite des généralités intéressantes, naturellement divisées en deux chapitres : les stations thermo-minérales d'une part, et d'autre part, les stations sanitaires.

La deuxième partie, qui renferme le récit mouvementé de l'excursion faite par 30 à 35 membres, est due à la plume de M. Joltrain. Elle est, comme la première partie, subdivisée en deux chapitres; mais la division est faite à un autre point de vue, tout aussi naturel d'ailleurs, puisqu'il s'agit de la relation du voyage.

Le premier chapitre est consacré à l'exploration thermo-médi-

(1) 1 vol. in-8 de VIII-314 pages, avec gravures. Paris, 1889. Georges Carré, éditeur.

nons réservant d'insister plns particulièrement sur les derniers en date, qui semblent mieux permettre au chirurgien d'escompter une guérison sûre et définitive.

I

Partant du principe que l'ongle s'enclave dans les chairs du fait de sa malformation, on a cherché à le redresser, à le diminuer, à l'arracher.

Le premier but a pu être atteint en insinuant entre le bord unguéal et les fongosités un peu de charpie fine et mieux râpée ou d'ouate que l'on peut imprégner de perchlorure de fer pour modifier et raffermir les tissus. Un soin extrême doit être apporté à la pratique de ce pansement journalier, destiné à se substituer au tégument enflammé grâce au décollement corné qu'il entraîne. L'amadou, l'éponge préparée, le collodion, la traumaticine, employés dans de pareilles conditions, donnent des résultats analogues. Ce dernier produit, simple dissolution de gutta-percha dans le chloroforme, dans les proportions de 10 pour 100, possède (1) le double avantage de calmer la douleur et de fournir un corps isolant par solidification de la matière dissoute. A signaler encore le procédé dont Th. Clément (de Francfort) (2) prétend avoir obtenu les meilleurs effets et qui consiste, après parfait nettoyage à l'eau savonneuse et essuyage minutieux, à contourner le bord de l'ongle avec de petites bandelettes de papier d'étain, maintenues en place par l'enveloppement avec la même substance de l'orteil tout entier. Ce pansement, destiné à n'être changé que tous les trois jours environ, amènerait une guérison rapide malgré l'emploi de mauvaises chaussures. Une observation récente nous empêche de partager l'optimisme de l'auteur, bien que le papier d'étain ait exercé sur le bourrelet fongueux une action favorable, absolument analogue à celle qu'on peut observer sur les ulcères variqueux traités d'une semblable façon.

Citons encore la lame de plomb que Guy de Chauliac plaçait entre l'ongle et la chair; la lame de fer blanc longue de 0 m. 04 sur 0 m. 006 de largeur dont Desault (3) et Pertusio (4) après lui, glissait un des côtés au-dessous de l'ongle en forme de gouttière, le bord opposé rabattu du côté des chairs, le tout soutenu par une bande roulée; les lames de plomb d'épaisseurs variées que Boyer (1) introduisait entre l'ongle et les fongosités et qu'il ramenait ensuite en les recourbant vers la face plantaire de l'orteil; la plaque de Labarraque (2) munie de crochets destinés à soulever les bords unguéaux maintenus à l'aide d'un morceau de diachylon et la double agrafe que Grabowski et Vésigné fixaient sous les parties latérales de l'ongle pour les rapprocher ensuite au moyen d'une petite vis. Moreau (de Tours) tendait vers le même but, c'est-à-dire vers le redressement des bords, lorsqu'il promenait sur l'ongle la queue d'une cuillère d'argent chauffée à 60° ou 70°. Dionis (3) ajoutait à l'insuffisance des procédés ci-dessus en affaiblissant la lame cornée par le raclage de son milieu à l'aide d'un morceau de verre, pratique que suivait il y a quarante ans Pétrequin (4). Outre qu'il escomptait le relèvement des bords, il recommandait sa manière de faire comme moyen d'éviter toute récidive. Biessi, adoptant ses vues, faisait en outre la cautérisation au nitrate d'argent de la partie amincie, comme devant encore forcer l'ongle à se raccourcir et à se dégager latéralement. Le procédé de Dionis a tout récemment encore inspiré M. Clado (5). Cet auteur conseille de limer l'ongle en son milieu et de couper le bord libre en angle ou en croissant rentrant. Ces deux moyens s'alliant et se complétant l'un l'autre doivent être concurremment employés. La résistance de l'ongle est ainsi diminuée pendant que les bords, par les espèces d'ailes avancées qu'ils arrivent à former, ont augmenté la surface relativement à la masse totale de la lame unguéale; de sorte que comparée à la résistance du milieu, la force d'action ou de levier des rebords de la peau sur les côtés de l'ongle s'est considérablement accrue, pourvu que la peau soit intacte. Après avoir incisé aux ciseaux une portion d'ongle suffisante pour libérer la partie ulcérée ou fongueuse, on panse cette dernière à l'iodoforme. L'emploi de ce corps

(1) Patin. Traitement de l'ongle incarné. Gaz. Hôpitaux 1887, p. 945.

(2) Th. Clement. Trait. de l'ongle incarné par le pans. au pap. d'étain. Sem. méd. 1889.

(3) Desault. Œuvres chirurgicales, Paris 1830.

(4) Pertusio. Modification de la méthode de Desault pour la guérison de l'ongle incarné (Giornale del Pr. Acad. di med. Torino. 1874, n° 8).

(1) Boyer. Traité des maladies chirurgicales. T. XI, p. 84, 1831 Paris.

(2) Labarraque. Note sur un procédé de trait. de l'ongle incarné entré dans les chairs sans opération chirurgicale. Th. Paris 1837, n° 101.

(3) Dionis. Cours d'opération de chirurgie. 8e édition 1877 Paris.

(4) Pétrequin. Mélanges de chirurgie et de médecine. Lyon 1870.

(5) Clado. Cité par Benoit: Etude sur le choix d'un trait. de l'ongle incarné. Th. Paris 1889.

cale de la Suisse; le deuxième, à l'excursion dans l'est de la France (Haute-Saône, Vosges, Haute-Marne, Marne).

Quant à la troisième et dernière partie du volume, qui n'est pas la moins curieuse, elle est l'œuvre collective de médecins exerçant près de chaque station visitée. Pour Rheinfelden, c'est le Dr H. Keller qui en décrit les vertus; à Schinznach, c'est le Dr de Tymowski qui a la parole. Les bienfaits des eaux de Luxeuil sont exposés par le Dr Tillot. Bussang a eu deux orateurs (Onimus et Zeller). Vittel a été célébré par M. Bouloumié; Contrexéville par M. Debout d'Estrées; Martigny par M. Jacquemin; et Bourbonne-les-Bains par le Dr Balley. Enfin, à Sermaize, c'est le Dr Damourette qui a fait une conférence et pour Plombières, c'est le Dr Liétard qui en a déterminé les indications thérapeutiques.

Le succès de cette campagne ne laissant plus de place au doute ou à l'indécision, dirons-nous avec M. de Pietra-Santa, « il nous est agréable de proclamer ici d'une manière formelle l'importance et la fécondité de *l'idée* qui a très heureusement inspiré la mise en œuvre de ces *leçons de choses*, à l'instar des aspirations des Frœbel et des Pestalozzi ».

II. — Tout sujet semble bon pour la plume des médecins. Est-il, en effet, une profession au monde, capable de présenter des aptitudes plus variées que la nôtre? Histoire, voyages, critique, littérature, biographie, tout nous est bon. Ainsi, nous quittons une relation de voyages pour aborder un curieux volume de biographie politique et presque d'histoire.

Un de nos confrères les plus lettrés, qui se cache sous le pseudonyme de Joseph d'Arçay, et qui, pour avoir quitté le sol de la France, n'en a point oublié la langue, tant s'en faut, vient de publier un volume intitulé : *Notes inédites sur M. Thiers. L'homme privé — l'homme politique* (1). Quelles révélations, quelles indiscrétions, quelle malignité et en même temps quelle verve et quel entrain! Ces pages se dévorent avec avidité tant elles sont alléchantes. Naissance irrégulière de M. Thiers; ses débuts comme journaliste; ses relations de famille; son rôle politique ou mieux ses divers rôles politiques sous la Restauration, sous Louis-Philippe, en 1848, sous le second Empire et sous la 3e République;

(1) Un vol. in-12 de XXXII-272 pages, avec préface de Francis Magnard. Paris 1889.

répond, paraît-il, aux idées de septicité particulière qu'Angelo Mazzuchelli et d'All'Acqua ont depuis huit à dix ans sur le pus provenant d'onyxis (1). Les bords fongueux se cicatrisent pendant la repousse de l'ongle qui, si l'on a en soin de prendre les précautions ci-dessus indiquées, se laisse refouler en haut par la peau refaite de l'orteil et va croître en largeur au-dessus d'elle sans avoir de tendance à l'entamer. L'opération est double si l'onyxis est bilatérale. Quand l'ongle n'est pas décollé, on ne pratique pas l'excision du bord, on se contente de l'amincir à la lime surtout s'il est rugueux ou dentelé. Une petite lime à ongles, pourvu qu'elle porte des stries sur sa tranche et une paire de ciseaux ordinaires, constituent tout l'appareil opératoire. Et encore pourrait-on remplacer la lime par un morceau de verre, un couteau employé comme grattoir.

Les moyens précédents étaient parfois primés par ceux qui s'attaquent à la dimension seule de l'ongle. C'est ainsi que Fabrice d'Aquapendente (2), après avoir repoussé les fongosités avec un peu de charpie, sectionnait journellement par petites lanières et d'avant en arrière, le décollement unguéal obtenu, exemple suivi à peu de choses près par Cloquet (3), Marjolin et Blandin; que Paul d'Egine et Dalechamps pratiquaient la simple section de la portion incarnée; que Dionis, Blaquière, Bégin, arrachaient la partie correspondante à l'onyxis; que Malgaigne (4), ayant remarqué que la portion enclavée était décollée des chairs, incisait celle-ci avec des ciseaux ou un bistouri jusqu'à l'endroit où elle sort de la matrice; la saisissait avec une pince à disséquer et la déchirait en travers, ce qui permettait ordinairement au malade de marcher immédiatement après et de courir sans douleur; que Guilmot (5), songeant sans doute à un changement de direction susceptible d'être pris par l'ongle, sectionnait ce dernier en forme de coin du côté sain et que Faye (6) d'abord, puis Toussaint Martin (7), employaient un procédé ingénieux d'une

(1) Frobier. De l'onyxis septique. Th. Paris 1889.

(2) Fabrice d'Aquapendente. De chirurgicis operationibus. Padoue 1647 p. 129.

(3) Cloquet. Pathologie chirurgicale. Paris 1831.

(4) Malgaigne. Manuel de médecine opératoire, 7e édit., p. 59.

(5) Guilmot. De la cure de l'ongle incarné ou ongle rentrant (Rec. de mém. de med. chir. et ph. milit. T. 1er, 1re série, p. 264.

(6) Faye. Sur le traitement de l'ongle incarné. Th. Paris 1822, n 164.

(7) Toussaint-Martin. Trait. de l'ong. entré dans les chairs (Rec. mem. med. ch. et ph. mil. T. XXXIX, p. 207).

exécution facile et d'un effet à les en croire aussi prompt qu'heureux, consistant à enlever avec le bistouri, vers le milieu de l'extrémité libre de l'organe et de dehors en dedans, un lambeau en forme de V dont le sommet correspond en arrière, à perforer ensuite chaque branche du V près de son extrémité antérieure avec un poinçon et au moyen d'un fil de laiton ou de fer recuit assez gros à rapprocher les portions écartées de la section.

On ne trouvait souvent aucun avantage à laisser au malade une moitié d'ongle ou même une moitié de derme unguéal destiné le plus souvent à ne reproduire que des lamelles cornées irrégulières parfois gênantes et toujours plus ou moins difformes. Pour ce motif, P. J. Pelletan (1) et après lui Dupuytren (2) arrachaient l'ongle tout entier par un procédé encore en honneur. Ce dernier engageait à plat sous la partie antérieure du bord libre une lame de ciseaux pointus étroits et résistants, la poussait jusqu'à 4 millimètres au moins au-delà de la partie visible et la retournait ensuite pour couper dans un premier temps tout ce qui se trouvait entre les branches; dans un second, il saisissait alternativement avec des pinces à mors longs chacune des moitiés pour les arracher, en imprimant à l'instrument un mouvement de torsion prononcé vers le bourrelet cutané correspondant. Larrey joignait à cette pratique la destruction des fongosités au fer rouge. Long et Néret (de Toulon) enlevaient l'ongle d'un coup après avoir fait glisser sous lui et d'arrière en avant, en refoulant le repli rétro-unguéal, la pointe d'une spatule. Sécrétan se trouvait bien de la lame triangulaire de certaines spatules de trousse qu'il poussait d'avant en arrière, la face légèrement concave regardant en haut et qu'il faisait agir comme un levier en détachant l'angle tout entier. M. Verneuil engage l'extrémité des branches d'une forte pince sous l'ongle malade du bord libre vers le bord opposé, puis la serrant fortement, arrache l'organe par un mouvement de torsion en commençant par le côté le moins adhérent.

(A suivre).

(1) Pelletan. Cliniques chirurgicales. Paris 1810.

(2) Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale. T. IV, p. 391.

---

sa vie privée, ses amitiés, ses collaborations, ses relations préférées : tels sont autant de points de vue différents sous lesquels le Dr B... de M..., non Joseph d'Arçay, nous montre l'illustre homme d'Etat. A voir comme il déshabille son héros, on juge que l'auteur a été en situation de le voir et de le bien voir.

« Quiconque a beaucoup vu doit avoir retenu. »

a dit le fabuliste; M. Joseph d'Arçay a mieux fait que de retenir; il restitue à ses contemporains et aux futurs historiens de notre époque, les documents qu'il avait rassemblés, les renseignements qu'il a recueillis et gardés.

Et cela, je le répète, est si bien présenté, que l'on reste sous le charme, quelle que soit l'opinion du lecteur envers le premier président de la République actuelle. N'est-ce pas là pour un livre le plus grand élément de succès?

III. — La brochure de M. H. Napias qui a pour titre : *l'Hygiène il y a cent ans* (1), n'est autre chose qu'une sorte de causerie familière destinée, l'auteur est le premier à nous le dire, à exposer seulement quelques points du sujet. S'il eût voulu épuiser complètement la question indiquée par le titre, il eût fallu en effet un énorme volume. Nous prenons ce travail tel qu'il est, combien y trouve-t-on à glaner!

« Le comte de Montalivet, dans une étude ingénieuse et fine des modifications survenues depuis moins d'un siècle, dans les conditions de la vie chez les habitants d'un petit coin du Sancerrois (1) le montre d'abord tel qu'il le vit dans sa jeunesse; il décrit les terrains incultes, les marais noyés et infertiles, les chemins défoncés à peine praticables pendant quelques mois de l'année, les maisons basses, à demi enterrées, couvertes de chaume, humides, malsaines, mal éclairées; le mobilier sommaire, les charrues grossières, anciennes charrues romaines qu'il fallait atteler de six bœufs; il montre les habitants non instruits faute d'écoles, vêtus de tissus grossiers, pieds nus dans des sabots, et mangeant un pain très fortement mêlé de seigle qu'on cuisait tous les huit ou quinze jours et qu'on accompagnait de choux et

(1) In-8. Paris, 1889. G. Masson, éditeur.

(1) *Un heureux coin de terre.* Quantin, 1878.

DE LA CONGESTION PULMONAIRE CHRONIQUE CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE.

Par le Dr Ch. Fiessinger.

Il s'agit là d'une complication fort rare de la grippe. Sur cent vingt-six observations que nous avons recueillies avec soin, nous ne l'avons observée que deux fois.

La maladie se présente sous la forme suivante : Un enfant est atteint d'une grippe à forme ordinaire. Il a de la fièvre, de la bronchite, des troubles digestifs. Aucun symptôme saillant n'attire l'attention. La convalescence semble s'établir vers la date ordinaire (8e et 12e jour dans nos observations). La fièvre tombe le matin. Le médecin croit à la guérison.

Or, l'enfant reste chétif. L'appétit ne revient pas. La toux persiste, plus ou moins intense. La température, normale le matin, remonte tous les soirs. L'examen minutieux de la poitrine révèle les particularités suivantes : en un point du poumon une zone de submatité, et à ce niveau un affaiblissement marqué de la respiration, laquelle peut être soufflée. Les râles sont d'ordinaire absents ou bien consistent en râles sous-crépitants. On ne constate pas d'égophonie, mais un retentissement plus ou moins marqué de la voix.

La persistance de ces symptômes ne laisse pas que d'inquiéter le médecin. On songe à la tuberculose. Le sulfate de quinine n'arrive pas à enrayer le mouvement fébrile qui réapparaît tous les soirs, au désespoir de la famille.

Puis, un matin, au bout d'un nombre plus ou moins grand de semaines, on s'aperçoit que la submatité disparaît. La respiration tend rapidement à reprendre son timbre normal. La fièvre tombe. L'enfant est guéri.

Dans la première de nos observations un garçon de 7 ans, après avoir souffert d'une grippe avec insomnie, délire, fièvre forte, bronchite, n'a plus de fièvre le matin du douzième jour. C'était le 16 mai. Nous quittons le petit malade, annonçant sa guérison aux parents.

On nous rappelle le 16 mai. Les nuits de l'enfant sont agitées, comme au plus fort de la maladie. Le thermomètre, au niveau normal le matin, marque aux environs de 39° tous les soirs. On ausculte avec soin la poitrine et on ne décèle aucun symptôme alarmant. Quelques râles humides se font simplement entendre en un point du poumon. Puis quelques jours plus tard, au niveau même où étaient perçus ces râles, on trouve de la submatité, un affaiblissement de la respiration, un léger retentissement de la voix. Tous ces symptômes sont localisés en arrière, dans toute la base du poumon droit. Aux sommets et dans le reste du poumon, l'auscultation et la percussion ne découvrent rien d'anormal. Sur le point malade, on applique des mouches de Milan, des badigeonnages de teinture d'iode. On traite l'enfant par les toniques (alcooliques, quinquina, eau Bourbonle). On cherche à arrêter par de la quinine le retour persistant du mouvement fébrile. L'état reste stationnaire. L'amélioration, suivie d'une guérison rapide, ne se produit qu'au bout du quarantième jour de cette fièvre rémittente, cinquante-deuxième jour en comptant du début de la maladie.

A partir de ce jour la santé de l'enfant reste si satisfaisante que trois mois plus tard, une atteinte de rougeole évolue en six jours, d'une façon remarquablement bénigne, sans aucune nouvelle complication pulmonaire.

La seconde de nos observations a trait à une fillette de 5 ans. Son histoire se trouve littéralement copiée sur celle du petit malade précédent. L'enfant Fleur... avait eu la grippe en décembre 1888 (Obs. XVIII de notre mémoire sur la grippe). Elle retombe malade le 17 mai 1889. Cette seconde grippe évolue normalement avec des vomissements, des douleurs dans la tête, le ventre et les côtés, des signes de bronchite. La température au-dessus de 40°, les premiers jours, retombe à son niveau normal, le neuvième jour. A ce moment, croyant l'enfant guéri, nous le perdons de vue pendant plusieurs semaines.

Le 2 juillet, nous la rencontrons dans la rue, à la main de sa mère et sommes frappé par sa mauvaise mine.

Nous retournons la voir le 3 juillet. La mère nous assure que son enfant, à aucun moment, n'a été complètement guérie. Les matinées étaient relativement bonnes ; mais la toux persistait, la diarrhée était fréquente. L'agitation revenait toutes les nuits et la peau devenait brûlante. L'enfant ne mangeait pas.

L'examen de la poitrine nous laisse percevoir des symptômes identiques à ceux du malade précédent. Là encore, c'est en arrière et à la base du coté droit que l'on constate les signes suivants : submatité, respiration affaiblie et légèrement soufflée. Pas de râles, mais une légère exagération de vibrations vocales, du retentissement de la voix.

Le sommet droit, en arrière, tout le reste du poumon ne révèlent rien d'anormal.

---

de racines de légumineuses. La pomme de terre, dans ce coin de la France comme en beaucoup d'antres, était peu cultivée au commencement du siècle et passait pour être tout au plus digne d'alimenter les bestiaux. Les haricots et pois secs, du lait caillé, un peu de porc aux grandes fêtes, le tout arrosé de rapé fait avec le marc de raisin ou d'un cidre provenant de pommes et poires sauvages, telle était l'alimentation.

Les habitants étaient chétifs, rongés de fièvres.

A ce tableau ancien, l'honorable auteur oppose un tableau moderne du même pays, des mêmes sites, des mêmes terrains, des mêmes habitants. Et quelle différence ! Les terrains jadis incultes sont ameublis et cultivés, les marais sont desséchés, la culture potagère comme la grande culture s'est transformée ; on trouve au village des maisons couvertes de tuile ou d'ardoise, parfois exhaussées d'un perron ou bâties sur caves ; la population du canton a doublé ; on ne cuit plus guère son pain, parce qu'il y a deux boulangeries qui chaque jour en fournissent du frais. Il y a maintenant un marchand boucher qui fait ses affaires, et deux cordonniers qui prospèrent et qui ont apporté là une industrie absolument inconnue jadis. Il y a même dans le canton deux magasins de nouveautés. On mange mieux, on est mieux logé et mieux vêtu. »

Il est probable, dit M. Napias, que si nous allions visiter « l'heureux coin de terre » qu'a décrit M. de Montalivet avec une patriotique complaisance, nous y trouverions beaucoup à reprendre encore au point de vue de l'hygiène. Nous ferions des critiques sévères. Nous aurions toutes les bonnes raisons du monde de déclarer le village de M. de Montalivet « mal salubre » et de désirer qu'on y exécute des travaux d'assainissement.

M. Napias fait son intéressant tableau comparatif en nous montrant les progrès de l'hygiène urbaine, éclairage, égouts, élargissement des rues, agrandissement, amélioration et multiplication des hôpitaux. Puis il passe à l'hygiène générale.

En 1789, nous dit-il, « l'inoculation n'allait pas tarder à disparaître. Jenner découvrait la vaccine. N'est-il pas intéressant de constater que cette période centennale commence et finit par les deux plus grandes découvertes dont l'hygiène publique est appelée à bénéficier : la vaccine et l'atténuation des virus ? »

D'après une communication faite par le Dr Vacher au Congrès international de statistique en 1887, la mortalité pour 1000 vivants

Le 3 juillet, la température du matin est à 39, le soir à 40°. Les jours suivants, elle est apyrétique le matin et oscille autour de 39°, le soir. On ordonne de la quinine et des badigeonnages de teinture d'iode. La guérison s'effectue le 16 juillet, c'est-à-dire 52 jours après que nous croyions à la terminaison de la grippe, 61 jours après le début total.

L'histoire de nos malades étant racontée, il nous reste à défendre le titre de congestion chronique que nous avons donné à cette complication.

Aussi bien ce titre n'est pas nouveau. Il avait été employé par Bouchut (1) pour des cas analogues.

« J'ai vu souvent, dit cet auteur, des enfants qui, à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une pneumonie ou d'un simple rhume, restaient valétudinaires, fébricitants et considérés comme atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré. Ils avaient sur un point du poumon de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée, du retentissement de la voix, quelquefois même un peu de matité et l'on disait aux parents que la maladie était sérieuse, qu'il y avait lieu de craindre une phtisie (2). »

Ces craintes, nous les avons éprouvées. L'avenir a prouvé qu'elles étaient exagérées. Les enfants guérissent complètement. L'un d'eux a même, quelques mois plus tard, eu la rougeole sans aucune complication pulmonaire.

Qu'il s'agisse là d'accidents congestifs, le fait est prouvé tant par la guérison rapide, une fois la résolution commencée (2 jours environ), que par la persistance de cette guérison qui s'affirme même après une éruption de rougeole.

Le siège de la maladie (base du poumon dans nos observations), le mode de début (suite d'une grippe), les antécédents du malade et surtout la marche de l'affection, bien plus que les symptômes locaux distingueront, de la phtisie, la congestion pulmonaire chronique.

(1) Malad. des enf. 1878, 7e édit. p. 356.

(2) D'après Bouchut, c'est au sommet, en avant ou en arrière, qu'existe ordinairement la lésion; mais on l'observe également dans le lobe inférieur (comme dans nos observations). Le tissu du poumon est partiellement dur, résistant et sans crépitation. Il s'en écoule par la pression une faible quantité de bouillie rougeâtre. Des fragments mis dans l'eau surnagent faiblement et quelquefois finissent par gagner le fond du vase.

On posera encore le diagnostic avec la pneumonie chronique où la respiration soufflée, la bronchophonie, la matité, sont bien plus accentuées, et avec la pleurésie où l'on retrouve de l'égophonie et l'affaiblissement plus ou moins prononcé des vibrations vocales.

Ces dernières, nous l'avons vu, sont plutôt exagérées dans la congestion pulmonaire chronique.

Le traitement consiste en révulsifs (badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires) et en toniques (alcooliques, quinquina, arsenicaux).

La congestion pulmonaire chronique consécutive à la grippe n'avait pas encore était décrite.

Il nous a paru intéressant de signaler cette complication qui pourrait dérouter la perspicacité du médecin, en lui faisant porter un pronostic trop sévère.

Obs. 1. — *Grippe chez un garçon de 7 ans. Le matin du 12e jour, la fièvre tombe, mais remonte régulièrement le soir. Signes de congestion pulmonaire en arrière, à la base du poumon droit. Guérison définitive le 52e jour.*

Cette observation a été donnée d'une manière incomplète dans notre mémoire sur la grippe. Au moment de l'impression de ce mémoire, la maladie n'était pas terminée (Obs. CIX).

Masson..., garçon de 7 ans, a, le 4 mai au soir, un frisson, mal à la tête, mal au ventre. Les jours suivants, diarrhée légère, insomnie, délire.

9 mai. T. s. 40,2; P. s. 136.

Tache méningitique. Rougeurs et pâleurs fugaces de la face. Râles ronflants dans les bronches. La diarrhée des premiers jours a fait place à la constipation. Abattement.

Prescription : Potion avec 25 centigrammes de sulfate de quinine. Thé au rhum.

Le 10. T. m. 39,7; P. m. 132; T. s. 39,5; P. s. 128.

Se plaint du ventre. Sueurs au front. Pas d'albumine dans les urines.

Le 11. T. m. 38,9; P. m. 128; T. s. 39; P. s. 112.
Le 12. T. m. 37,9; P. m. 104; T. s. 38,6; P. s. 120.
Le 13. T. m. 38,2; P. m. 104; T. s. 38,4; P. s. 108.
Le 14. T. m. 38,2; P. m. 104; T. s. 39; P. s. 120.
Le 15. T. m. 38,5; P. m. 112; T. s. 38,6; P. s. 112.
Le 16. T. m. 37,8; P. m. 104.

Nous croyons à tort l'enfant guéri. La fièvre reprend tous les soirs. Les nuits sont agitées. La toux persiste.

Le 19. T. m. 36,5; T. s. 39; P. s. 144.

Prescription : Potion avec 25 centigrammes de sulfate de quinine. Vin de quinquina.

Le 20. T. m. 37,4; P. m. 124; T. s. 38,7; P. s. 148.
Le 21. T. m. 37,7; P. m. 136; T. s. 38,9.
Le 22. T. m. 38,2; P. m. 120; T. s. 39,5; P. s. 136.

Douleurs dans le ventre.

Le 23. T. m. 36,6; P. m. 120; T. s. 39,2.
Le 24. T. m. 37,2; P. m. 116; T. s. 39,4.
Le 25. T. m. 37,2; P. m. 116; T. s. 38,8; P. s. 132.

Quelques râles humides du côté droit, en arrière.

Le 26. T. m. 37,6; P. m. 124; T. s. 39,4; P. s. 132.

Prescription : Un paquet de 15 centigrammes de sulfate de quinine à 6 heures et un autre à 8 heures du matin.

Le 27. T. m. 37,7; P. m. 116; T. s. 39; P. s. 120.
Le 28. T. m. 37,7; P. m. 116; T. s. 39; P. s. 120.
Le 29. T. m. 36,9; P. m. 112; T. s. 38,9; P. s. 132.
Le 30. T. m. 37,3; P. m. 120; T. s. 38,7.

A la base droite et en arrière, submatité, respiration affaiblie. Léger retentissement de la voix. Pas de râles ni de traces d'épanchement.

Prescription : Une mouche de Milan sur le côté malade.

Le 31. T. m. 36; P. m. 120; T. s. 38,6; P. s. 132.

---

de tout âge était en France, au siècle dernier, de 34 (d'après Laplace et Condorcet); elle est aujourd'hui de 22. Des résultats semblables peuvent être constatés dans la plupart des pays civilisés.

Ces progrès de l'hygiène générale tendent à suivre depuis quelques années une marche plus rapide. Le grand mouvement qui s'est fait depuis la création des sociétés d'hygiène qui ont groupé les compétences les plus diverses n'est pas, espérons-le, près de s'arrêter. La Société de médecine publique, ajoute M. Napias, qui en est, on le sait, le zélé secrétaire général, a eu, dans ce mouvement, une part dont on ne peut contester l'importance et dont elle a le droit d'être fière; mais sa tâche est loin d'être finie, et il dépendra encore de son activité que les progrès soient plus rapides et qu'on s'efforce, en peu d'années, de réaliser autant de progrès nouveaux qu'on en a réalisé depuis cent ans au bénéfice de la santé publique.

Voilà des vœux auxquels nous nous empressons de nous associer, en remerciant M. Napias de son intéressante et suggestive causerie.

(*a suivre*). Dr Albertus.

1er juin. T. m. 36,8 ; P. m. 112 ; T. s. 39,1 ; P. s. 132.
Se plaint du ventre.
Le 2. T. m. 37 ; P. m. 120 ; T. s. 39,4.
Le 3. T. m. 37 ; P. m. 120 ; T. s. 39,3 ; P. s. 144.
Selles régulières, normales.
Le 4. T. m. 37 ; T. s. 38 ; P. s. 136.
Le 5. T. m. 37,1 ; P. m. 120 ; T. s. 39 ; P. s. 152.
Le 6. T. m. 37 ; P. m. 132 ; T. s. 39,7 ; P. s. 144.
Le 7. T. m. 37,2 ; P. m. 120 ; T. s. 38,9 ; P. s. 128.
Le 8. T. m. 36,9 ; P. m. 120 ; T. s. 39,3.
Le 9. T. m. 36,9 ; P. m. 100 ; T. s. 38,5.
Le 10. T. m. 36,7 ; P. m. 120 ; T. s. 38,4 ; P. s. 132.
Le 11. T. m. 37 ; P. m. 116 ; T. s. 38,9.
Le 12. T. m. 37,1 ; P. m. 112 ; T. s. 39,5 ; P. s. 140.

A plusieurs reprises, nous auscultons l'enfant avec soin, craignant un épanchement purulent dans la plèvre, ou une tuberculose commençante. Les signes physiques sont toujours les mêmes.

Le 13. T. m. 37,1 ; P. m. 136 ; T. s. 38,5 ; P. s. 140.
Le 14. T. m. 36,4 ; P. m. 136 ; T. s. 38,9 ; P. s. 140.
Le 15. T. m. 37 ; P. m. 112 ; T. s. 38,6.

De temps à autre, on donne à l'enfant, le matin, 30 à 30 centigrammes de sulfate de quinine. La quinine est sans aucune action sur la fièvre. Badigeonnage de teinture d'iode.

La submatité et l'affaiblissement de la respiration persistent en arrière, à la base du poumon droit. Néanmoins, l'enfant commence à sortir.

Le 16. T. m. 37 ; P. m. 152 ; T. s. 39 ; P. s. 152.
Le 17. T. m. 36,8 ; P. m. 116 ; T. s. 38,9 ; P. s. 156.
Prescription : Eau de Bourboule. Quinium.
Le 18. T. m. 36,9 ; T. s. 39 ; P. s. 156.
Le 19. T. m. 37,1 ; P. m. 120 ; T. s. 38,4.
Le 20. T. m. 36,7 ; P. m. 112 ; T. s. 38,7.
Le 21. T. m. 36,4 ; P. m. 124 ; T. s. 39 ; P. s. 128.
Le 22. T. m. 37,2 ; P. m. 120 ; T. s. 39,1.
Le 23. T. m. 36,1 ; P. m. 112 ; T. s. 38,6.
Le 24. T. m. 36,7 ; P. m. 122 ; T. s. 37,7.

Pour la première fois, il n'y a pas de fièvre le soir. La submatité à droite semble moindre.

Le 25. T. m. 36,6 ; T. s. 37,2.

La submatité à droite a disparu. L'enfant se remet assez rapidement et est atteint trois mois plus tard d'une rougeole qui évolue d'une manière très bénigne et guérit sans amener aucune complication pulmonaire.

Obs. II. — *Fillette de 5 ans. Guérison de la grippe le 9e jour. Néanmoins, l'appétit ne revient pas. La fièvre se reproduit le soir. Signes de congestion pulmonaire, en arrière et à la base du poumon droit. Guérison définitive le 61e jour.*

Comme la précédente, cette observation a été publiée dans notre mémoire sur la grippe (Obs. CVIII). Nous disions en terminant : L'appétit ne revient pas. La guérison est lente. Cette lenteur dans la guérison, la suite nous en a donné la cause.

Fleur... Rose, a eu la grippe en décembre 1888 (Obs. XVIII de notre mémoire). Retombe malade le 17 mai 1889. Vomissements alimentaires et glaireux. Mal de tête. Mal de ventre. Toux.

21 mai. T. m. 40,7 ; P. m. 156 ; T. s. 39,7.
Tache méningitique. Râles ronflants dans les bronches.
Prescription : Potion avec 25 centigrammes de sulfate de quinine.
Le 22. T. m. 40,1 ; P. m. 152 ; T. s. 39,9.
Douleurs dans les côtés. Constipation.
Le 23. T. m. 39,9 ; P. m. 140 ; T. s. 39,4.
Toux fréquente. Râles humides dans la région axillaire gauche.
Le 24. T. m. 39,6 ; P. m. 132 ; T. s. 39,6.
Le 25. T. m. 37,3 ; P. m. 120.

Quelques râles persistent. L'appétit ne revient pas. Les parents promènent l'enfant, lui donnent du vin de quinquina. L'enfant dépérit.

Nous le perdons de vue pendant plus d'un mois et ne le revoyons que le 3 juillet.

Le 3. Depuis que nous n'avons plus visité l'enfant, les parents nous assurent que la peau de la petite malade est restée brûlante tous les soirs. Les nuits sont agitées. La toux persiste. La diarrhée est fréquente.

Au 3 juillet, on constate en arrière et à la base du poumon droit, de la submatité, une respiration affaiblie et légèrement soufflée. Pas de râles. Exagération des vibrations vocales. Rétrécissement de la voix. Dans tous les autres points du poumon, la respiration et la percussion sont normales. Le ventre est ballonné. L'enfant a eu 5 selles diarrhéiques. T. m. 39 ; P. m. 160 ; T. s. 40.

Prescription : Potion avec 25 centigrammes de sulfate de quinine. Badigeonnages de teinture d'iode.

Le 4. T. m. 37,0 ; P. m. 160 ; T. s. 38,9.

Toux fréquente. Pas de râles. Submatité et respiration soufflée persistantes. Oppression.

Le 5. T. m. 37,8 ; T. s. 37,9.
Le 6. T. m. 37,7 ; T. s. 38,9.
Le 7. T. m. 37,7 ; T. s. 38,9.
Le 8. T. m. 37,9 ; T. s. 39,1.
La température n'est pas reprise jusqu'au 15 juillet.
Le 15. T. m. 37,7 ; T. s. 38,5.
Le 16. T. m. 36,6 ; T. s. 37,6.

A partir de ce jour, la fièvre ne remonte plus. La submatité et la respiration soufflée disparaissent.

Quelques râles ronflants persistent encore le 24 juillet.

Depuis ce jour, la guérison se maintient.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE ET TECHNIQUE HISTOLOGIQUE.

Suite (1).

IV. — Sur les crachats verts et sur les bacilles qui fabriquent de la matière colorante verte, par le Dr A. Frick. *Virchow's Archiv.* T. CXVI, fasc. 2, p. 266, 1889.

V. — Contribution a l'étude des micro-organismes qui décomposent le lait, par H. Scholl *Fortschritte der medicin,* 1889, N° 21, p. 801.

VI. — Passage du bacille charbonneux, de l'organisme maternel au fœtus, par le Dr W. Rosenblath. *Virchow's Archiv* T. CXV. fasc. 3, p. 371, 1889.

VII. — Action des températures élevées sur les bactéries, par von Geuns. *Archiv für Hygiene.* T. IX, fasc. 4, 1889.

VIII. — Action parasiticide de quelques couleurs d'aniline, par G. Becke. *Deutsche Medizinal Zeitung,* 1889, n° 96.

IX. — Contribution a la technique histologique, par S. Keysinski, *Virchow's Archiv.* T. CXVII, fasc. 1, p. 204.

X. — Sur la coloration de l'actinomycose du bœuf, par A. Flormann. *Fortschritte der Medicin* 1889, n° 23, p. 915.

IV. — La coloration verte des crachats s'observe dans deux catégories de circonstances très diverses, soit qu'elle provienne de l'imprégnation des crachats par la matière colorante biliaire, soit qu'elle résulte d'une transformation directe de la matière colorante du sang, de l'hémoglobine contenue dans les crachats. Pour ne parler que des cas de cette seconde catégorie, la coloration verte peut ne se montrer dans les cra-

(1) Voir le numéro précédent.

chats que quelque temps après leur expectoration. Rosenbach (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1865, n° 48) le premier s'est occupé de cette variété d'expectoration verte, à propos d'un malade dont les crachats verdissaient après vingt-quatre heures d'exposition à l'air, et qui renfermaient « un grand nombre de vibrions animés de mouvements très vifs, des spores légèrement teintés de vert et de petits corpuscules réfringeants semblables à des amas de spores ». De plus, Rosenbach avait constaté que l'addition de quelques gouttes de ce pus vert aux crachats muco-purulents, expectorés par un tuberculeux, faisait verdir ceux-ci au bout d'un certain temps.

Ce dernier détail était de nature à faire soupçonner que la coloration verte des crachats en question dépendait de la présence d'un microorganisme qui fabrique de la matière verte, comme d'autres sont connus pour fabriquer de la matière colorante jaune ou bleu, ou rouge.

Les recherches de M. Frick ont eu pour objet d'isoler et de cultiver ce microorganisme. Elles ont été faites à l'occasion d'une véritable épidémie d'expectoration verte, survenue dans une salle de chirurgie, après transfert d'un malade venu d'une salle de médecine et qui expectorait des crachats verts depuis un certain temps. Il semblait que ce malade eût répandu dans l'atmosphère ambiante un germe qui, en s'inoculant aux crachats d'autres malades, leur communiquait ensuite la coloration verte. D'après les résultats des recherches de M. Frick, ce germe ne serait autre qu'un bacille grêle, un peu plus long et plus mince que le bacille de la fièvre typhoïde, à bouts un peu arrondis, ne produisant pas de spores. Ce bacille est animé de mouvements d'une extrême vivacité. Le bacille est aérobie. Il est dépourvu de toute action diastatique. Il n'intervertit pas le sucre de raisin.

M. Frick donne des renseignements détaillés sur les résultats des ensemencements de ce bacille, faits dans de la gélatine, dans le bouillon de viande, dans l'agar, sur des tranches de pommes de terre, dans le lait. Tous ces milieux de culture, les tranches de pommes de terre exceptées, se colorent en vert lors de la végétation du bacille en cause.

Voici, d'autre part, ce que nous apprend M. Frick au sujet des propriétés de la matière colorante fabriquée par ce bacille:

Dans les premiers jours, cette matière colorante est d'un vert intense (couleur de l'herbe); à la longue elle prend une teinte jaunâtre, pour, finalement, passer au brun tout en conservant une fluorescence verte très intense. Elle pénètre profondément, et par diffusion, dans la gélatine, dans l'agar, contrairement à ce qui a lieu pour la matière colorante du *bacillus prodigiosus*. A l'analyse spectrale, on ne trouve pas de raies d'absorption caractéristiques. Cette matière colorante est insoluble dans l'alcool, dans l'éther, dans le chloroforme, légèrement soluble dans l'eau, plus soluble dans les véhicules alcalins. C'est sous forme de solution alcaline que la matière en question présente la coloration la plus intense. Au contraire, les acides la font disparaître, sans la détruire, car elle réapparaît lorsqu'on alcalinise le liquide. M. Frick n'a pas pu l'obtenir à l'état cristallin. Il n'est pas à même de nous apprendre grand'chose sur les conditions de formation de cette matière colorante. Il a constaté seulement que le bacille qui la produit peut vivre et se multiplier sous forme de cultures luxuriantes, sans fabriquer la matière verte.

M. Frick a donné ensuite une description systématique des bacilles qui produisent de la matière colorante verte et il a rappelé, en terminant, que l'expectoration verte a été signalée dans un certain nombre de cas de tumeurs des poumons (carcinome, sarcome).

V. — Sous la direction du professeur Hueppe de Prague, M. Scholl a fait des recherches dans le but d'étudier la nature de la matière colorante qui, dans certaines circonstances, prend naissance dans le lait, et communique à ce lait une teinte bleue. Les recherches antérieures de Fuchs et de Nelisen et surtout celles de M. Hueppe autorisent à croire que l'apparition de cette teinte bleue est en rapport avec la présence dans le lait d'une bactérie, le *bacillus cyanogenus* dont Hueppe a fait connaître les caractères physiologiques et morphologiques. M. Scholl a ensemencé des produits de culture de ce bacille dans des solutions salines (phosphate acide de potasse 0,3 0/0 + sulfate de magnésie 0,03 0/0 + chlorure de calcium de 0,1 0/0) additionnées de 0,5 0/0 de lactate d'ammonium et stérilisées dans le but d'obtenir la formation pas voie de synthèse de la nature colorante sus dite).

Cette tentative a réussi. Je me bornerai d'ailleurs à reproduire les conclusions tirées par M. Scholl, des résultats de ses recherches.

La matière colorante du « lait bleu » est un sel qui se forme dans le lait caillé, au dépend de la caséine ; celle-ci en se dédoublant fournit l'élément basique (ammoniaque) et l'élément acide (acide gras supérieur) de la matière colorante en question. Les autres parties constituantes du lait ne participent pas directement à la formation de cette matière colorante ; ils n'interviennent qu'autant qu'ils favorisent la production de l'élément acide.

D'autre part la virulence du bacille cyanogène peut être atténuée : 1° par des ensemencements successifs dans de la gélatine de culture neutre ou alcaline, où par conséquent la formation du principe acide de la matière colorante bleue est entravée ; 2° par l'introduction d'une quantité insuffisante de matière azotée dans le milieu de culture.

Le bleuissement du lait, dû à la présence du *bacillus cyanogenus* paraît être dû à un manque de propreté. On a réussi à enrayer cette altération du lait par le crépissage et le lavage des murs des écuries, par le lavage des ustensiles avec de l'eau bouillante, la désinfection des mains des personnes employées à la traite des vaches.

M. Scholl a rectifié quelques-uns des renseignements donnés par M. Hueppe et relatifs à la morphologie du *bacillus cyanogenus*.

VI. — Les recherches faites par M. Rosenblath, sur des cobayes, pour élucider la question, encore controversée, du passage du bacille charbonneux de l'organisme maternel au fœtus, ont amené l'auteur à conclure que ce passage s'observe, mais qu'il est très rare. M. Rosenblath incline à croire que les vaisseaux du fœtus ne sont perméables aux bacilles charbonneux qu'autant qu'il s'est fait préalablement des hémorrhagies dans le placenta. Et pourtant, il n'y avait pas d'hémorrhagies placentaires apparentes, dans les cas où l'auteur a constaté le passage du bacille charbonneux de l'organisme maternel à l'organisme fœtal. L'auteur se retranche derrière l'hypothèse d'hémorrhagies capillaires qui auraient passé inaperçues. Il admet aussi comme possible, l'intervention des leucocytes diapédisés, en tant que véhicules des bacilles charbonneux. On sait que ces bacilles sont de ceux qui sont incorporables dans les globules blancs.

VII. — En étudiant l'action des températures élevées sur la virulence de différentes espèces de bactéries, M. von Geuns est arrivé aux résultats suivants :

Après une *durée d'exposition d'une minute*, le bacille en virgule de Koch est privé de vie quand la température atteint 50°, le bacille de Finkler-Prior ne résiste pas à une température de 55°, ni le bacille d'Emmerich à une température de 62-63°, ni le bacille de la fièvre typhoïde, ni le bacille de la pneumonie (Friedländer et le bacille de la septicémie des souris à une température de 60°.

Les températures nécessaires pour détruire la vitalité d'autres bacilles pathogènes est de 80° pour le bacille charbonneux, de 78° pour le bacille de l'œdème malin, de 60° pour le microorganisme de la vaccine.

Les résultats ont été un peu différents, quand l'exposition aux températures élevées était prolongée *pendant cinq minutes*. La température nécessaire pour anéantir les bacilles était de :

54° pour le bacille en virgule de Koch; — 50° pour le bacille de Finkler-Prior; — de 59° pour le bacille d'Emmerich; — de 56° pour le bacille de la fièvre typhoïde.

Ces résultats concordent dans leur ensemble avec ceux qu'ont annoncés d'autres expérimentateurs, et ils démontrent que les procédés de désinfection par la chaleur, communément employés pour détruire les microorganismes pathogènes (connus) des principales maladies infectieuses, suffisent largement.

VIII. — D'après les recherches de M. A. Becke, le violet de méthyle et le vert de malachite sont doués de propriétés parasiticides très puissantes. Cette action parasiticide s'exerce notamment sur les microorganismes pathogènes, tels que le staphylococcus pyogenes aureus. Or, les substances en question sont inoffensives à très faibles doses; on peut donc se demander si, malgré leur action colorante, elles ne trouveront pas à être utilisées dans la pratique, à titre de parasiticides.

Le bleu de phényl, d'une toxicité très faible, a une action parasiticide inférieure, mais sensiblement égale à celle du violet de méthyle et du vert de malachite. La triméthylrosaniline et le bleu de méthylène agissent plus faiblement encore; ce dernier est dépourvu de toxicité à petites doses, la triméthylrosalinine est, au contraire, un poison violent.

IX. — M. Krysinski fait connaître deux nouvelles matières colorantes, dont il fait ressortir les avantages pour la technique histologique.

La première, que l'auteur appelle *carmin cuprique*, est obtenue en sursaturant avec du carmin en poudre une solution bouillante de sulfate de zinc à 5-10 p. 100. On obtient ainsi un liquide d'un rouge cerise foncé, mais qui, à l'état de couche mince, se présente avec une nuance jaunâtre, nuance d'éosine. Quand, après avoir coloré des coupes avec ce liquide, on les lave ensuite à l'eau de fontaine crue, elles prennent une belle teinte violette, qui devient de plus en plus foncée. Ni l'alcool, ni l'essence d'origane ne modifient ensuite cette teinte, qui est inaltérable. Ce mode de coloration convient particulièrement pour l'étude de la structure des noyaux et de la caryokinèse.

Quand on se propose de communiquer une teinte rouge foncée aux noyaux contenus dans une préparation, M. Krysinski conseille d'employer un *carmin-lithium* obtenu en sursaturant une solution bouillante de carbonate de lithium avec du carmin; les coupes colorées avec cette solution sont lavées au bout de vingt-quatre heures, puis traitées pendant quelques secondes par l'acide picrique concentré, et lavées de nouveau.

X. — Le procédé indiqué par M. Flormann pour la coloration de l'actinomycose des bovins consiste à déposer les coupes dans de l'alcool, à les immerger ensuite, pendant cinq minutes, dans une solution aqueuse de violet de méthyle (une partie de ce dernier pour deux parties d'eau + solution à 1 0/0 de carbonate d'ammoniaque deux parties).

Puis on lave les coupes sous un filet d'eau, pendant dix minutes ; on les laisse séjourner pendant trois autres minutes dans une solution composée de : iode une partie, iodure de potassium deux parties, eau trois cents parties). On lave de nouveau soigneusement, et on traite les coupes par une solution alcoolique de fluorescéine. On les lave ensuite dans de l'alcool à 95°, on les dépose pendant quelques minutes dans de l'huile d'aniline, on les traite par l'essence de lavande; xylole et baume de Canada.

Toutes les parties du parasite ne se colorent pas également bien, mais les mycéliums se voient de la façon la plus nette, sous la forme d'un enchevêtrement serré de filaments. Au centre, on distingue très bien comme quoi chaque filament se dichotomise. Le regard est surtout attiré par des masses sphéroïdes, colorées en bleu foncé, et appendues à des filaments très grêles, souvent presque incolores.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par M. le professeur S. Duplay. (Asselin et Mouzeau, éditeurs, Paris, 1889.)

Tel est le titre du livre que M. le professeur S. Duplay vient de publier. Sans visées ambitieuses, modeste dans son format, mais riche en enseignements pratiques, ce petit volume sera lu avec d'autant plus de fruit et d'intérêt qu'il répond à un besoin créé par les tendances essentiellement spécialistes qu'accuse la médecine contemporaine. La transformation toute récente de la chaire de pathologie externe en une clinique spéciale des *maladies des voies urinaires* en est la preuve la plus saisissante. Envisagée de haut, en se plaçant à un point de vue vraiment philosophique, cette substitution de l'enseignement pratique à l'enseignement théorique est à mon sens regrettable, en ce que le spécialisme tend à amoindrir l'homme de l'art, en limitant son initiative professionnelle à un seul organe ; mais il s'impose de nos jours comme une nécessité inéluctable en raison de l'extension progressive que la science imprime à l'art de guérir. Telle est son excuse réellement scientifique. Ce ne sont pas, en effet, les cinq années d'études exigées par le doctorat qui permettront aux élèves d'embrasser dans toute son étendue le vaste domaine médical et d'en étudier à fond avec un égal succès toutes les parties constitutives. Aussi, en publiant la technique des maladies des oreilles et des fosses nasales avec leur traitement, M. le professeur Duplay a-t-il comblé une lacune bibliographique et a-t-il rendu un véritable service aux jeunes praticiens, qui trouveront dans son manuel le complément technique des notions sur des maladies spéciales que, faute de temps, ils n'ont pu qu'effleurer. Il serait à désirer que son exemple fût suivi, et qu'une technique similaire fût consacrée à chacune des maladies classées comme spécialités médicales.

L'ouvrage de M. Duplay est divisé en deux parties principales : la première est réservée à l'étude des maladies des oreilles (externe et moyenne) et à leur traitement. L'auteur y

passe successivement en revue les nombreux procédés d'exploration otoscopique suivis jusqu'à ce jour en vue du diagnostic rationnel des lésions diverses dont l'organe de l'ouïe peut être le siége. Il en signale tour à tour les avantages et les inconvénients; il en décrit l'outillage et tout cela avec une justesse, une précision et une impartialité qui dénotent, dans notre distingué confrère, un juge aussi consciencieux qu'éclairé.

L'examen de la trompe d'Eustache, les moyens propres à favoriser la perméabilité de l'air dans ce conduit, son cathétérisme et sa technique sont notamment, de la part de l'auteur, l'objet d'une attention des plus minutieuses. Ces délicates questions constituent la partie capitale de l'œuvre. M. Duplay termine cet examen des moyens d'exploration par l'auscultation de l'oreille. Pour le plus grand nombre de ses lecteurs non spécialistes, ce dernier procédé explorateur aura vraisemblablement tout l'attrait d'une nouveauté médicale.

En ce qui touche au traitement, les moyens indiqués varient selon qu'ils sont applicables par le conduit auditif externe (injections, irrigations), instillations et fulmigations, ou par la voie de la trompe d'Eustache (fumigations dans l'oreille moyenne et injections de liquides médicamenteux par la trompe d'Eustache).

En raison de la solidarité pathologique qui unit les oreilles et les fosses nasales, la technique de celles-ci devait logiquement suivre de près celle des maladies de l'organe auditif. Aussi la seconde partie du livre est-elle remplie par l'étude spéciale des maladies des fosses nasales, de l'instrumentation, et leur traitement. Pour nous, médecin des Eaux-Bonnes dont la spécialisation thérapeutique, réside on le sait, en grande partie dans les maladies naso-pharyngiennes (pharyngite granuleuse, rhinite) cette solidarité constitue en quelque sorte une banalité hydrologique tant elle s'affirme fréquemment. Le lecteur retrouvera, dans l'exposé des différents procédés d'exploration rhinoscopique, la netteté d'exposition et la scrupuleuse précision qui distinguent la première partie de l'œuvre.

Rédigé dans un style clair et concis, enrichi de planches explicatives intercallées dans le texte, ce petit volume, dans ses 168 pages seules, en apprendra plus aux praticiens en technique otologique et rhinoscopique qne nombre de gros traités *ex-professo* qui encombrent nos bibliothèques.

Dr CAZENAVE DE LA ROCHE.

BULLETIN

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA QUESTION DES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES DEVANT LE SÉNAT.

L'Académie de médecine a tenu mardi dernier sa séance publique annuelle. Aux dames, qui d'ordinaire se plaisent à rehausser de leur présence de semblables solennités, s'était joint cette année un nombre inusité de prêtres. Ils étaient venus sans doute applaudir au panégyrique d'un homme qui a su concilier, dans la pratique de toute sa vie, le culte de la science avec la foi.

M. Moutard-Martin, vice-président de l'Académie, a ouvert la séance par une courte allocution dans laquelle, en termes émus, il a rendu hommage à la mémoire de Maurice Perrin, qu'une mort rapide et prématurée a enlevé récemment au fauteuil présidentiel.

M. Féréol, secrétaire annuel, a su, dans son rapport général sur les prix, intéresser son auditoire. Il a fait remarquer, non sans raison, que le nombre des prix que l'Académie a à décerner tend chaque année à augmenter, si bien que ce ne sont pas les prix, mais les lauréats qui font souvent défaut. Les récompenses académiques perdent plutôt ainsi de leur prestige et la générosité des testateurs pourrait trouver à s'exercer d'une manière peut-être plus utile en suivant l'exemple de Demarquay, qui a laissé, on se le rappelle, cent mille francs pour contribuer à loger convenablement l'Académie. C'est à peu près ce que disait, dans le dernier numéro de la *Gazette*, notre feuilletonniste Péter-Paul Somans.

Incidemment, M. Féréol a rompu une lance en faveur de la spécialisation en médecine, spécialisation qui a fini, même au sein de la Faculté, par triompher de toutes les préventions. Victoire tardive, car les étudiants étrangers qui, autrefois, remplissaient nos cliniques, se sont en trop grande partie dirigés vers les universités dont l'enseignement répond mieux à l'évolution scientifique de notre époque. Ajoutons de suite qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire; que les cliniques spéciales de la Salpêtrière, de Saint-Louis, de Necker, retiennent déjà parmi nous pas mal d'étrangers, et que le nombre de ceux-ci ne tardera pas à revenir au chiffre des anciens beaux jours, si de semblables chaires se multiplient et sont occupées par des professeurs de premier ordre. Pas n'est besoin, comme le pense M. Féréol, d'avoir un immense hôpital général comme à Vienne, qui réunisse tous les services; il n'y a qu'à sortir de la routine, et à savoir mieux utiliser, en les complétant, les ressources que nous possédons.

M. Féréol a terminé son rapport en payant un tribut de regrets à la mémoire de ceux que l'Académie a perdus et en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus de l'année.

M. Rochard, à défaut du secrétaire perpétuel, paraissait tout naturellement désigné pour prononcer l'éloge de Fonssagrives : ayant suivi tous deux la même carrière, unis par les liens étroits d'une longue amitié, animés du même goût pour les études d'hygiène et leur vulgarisation, rien de ce qui était particulier à l'un n'a pu rester étranger à l'autre. De telles conditions, excellentes pour une biographie, nous semblent plutôt un écueil pour un éloge académique. Ici, en effet, la physionomie de l'individu disparait devant celle du savant; sans doute, il est permis de toucher d'une main légère aux divers épisodes de sa vie privée, qui éclairent parfois d'une vive lumière sa carrière scientifique, mais ce qui doit avant tout préoccuper le panégyriste, c'est de bien préciser le rôle joué dans le mouvement de l'époque par l'homme dont il célèbre la mémoire, de faire ressortir la part qui lui revient dans les progrès accomplis, l'influence que ses travaux peuvent encore exercer sur l'évolution ultérieure de la science ou de la pratique, et de montrer ainsi que sa place est légitimement marquée parmi ceux qu'on peut offrir comme modèles aux générations à venir. L'audition du discours de M. Rochard nous a inspiré cette réflexion, qui est moins une critique qu'une simple remarque. Nous nous plaisons à ajouter que l'orateur a été vivement applaudi.

— En attendant que l'affaire des médecins de Rodez reçoive le jugement définitif de la Cour suprême, la question des expertises médico-légales a été portée devant le Sénat par M. Lacombe, sénateur de l'Aveyron, propriétaire de la ferme à laquelle était attachée la jeune fille dont la mort, suite d'un accident ou d'un crime, a été le point de départ de cette importante instruction.

M. Lacombe a parfaitement circonscrit le champ du débat. Laissant à la Cour de cassation le soin de statuer sur la ques-

tion de fait propre à l'affaire de Rodez, il a retenu la question de droit ou de jurisprudence, qui est d'intérêt général, et à propos de laquelle il demande la réforme suivante : 1° révision équitable des tarifs d'expertises médico-légales établies par le décret du 18 juin 1811; 2° obligation stricte pour les médecins de déférer aux réquisitions qui leur sont adressées, même en dehors des cas de flagrant délit.

En se plaçant au point de vue de l'intérêt public, il paraît inadmissible que la justice ne puisse pas, dans tous les cas où elle le juge nécessaire, s'éclairer du concours et des lumières de la médecine légale. Or, dans l'état actuel de notre législation, les médecins ne doivent obligatoirement ce concours qu'en cas de flagrant délit. Et comme ce terme de *flagrant délit* prête lui-même à discussion, ainsi que le prouve surabondamment le procès actuel, on voit que dans des cas, même urgents, le cours de la justice peut être arrêté, au détriment de tous les intérêts. C'est ce qui est arrivé dans l'Aveyron : pendant le conflit entre les médecins et le parquet, la putréfaction du cadavre de la jeune fille a fait de tels progrès que l'autopsie est devenue impossible ou insuffisante pour apporter les éclaircissements qu'on en pouvait attendre ; le jour n'a pu être fait sur la culpabilité ou l'innocence des individus incriminés, et si, dans le premier cas, un crime demeure impuni, dans le second, des individus innocents restent sous le poids d'un terrible soupçon.

Notons bien, en passant, comme l'a fait remarquer judicieusement M. Cornil, que la responsabilité de cette situation ne pèse pas moins sur les magistrats qui ont fait l'instruction, que sur les médecins qui se sont mis en grève : en appelant par le télégraphe un médecin légiste d'une ville voisine, on aurait pu pratiquer en temps utile l'autopsie. Magistrats et médecins de Rodez se sont également buttés de part et d'autre : c'est ce qui rend éclatante la lacune que présente sur ce point notre législation.

Mais doit-on admettre, avec M. Lacombe, que les médecins soient partout et toujours tenus de déférer à toute réquisition de la justice, même après que les tarifs de 1811 auront été équitablement élevés? Nous ne le pensons pas. La pratique de la médecine légale exige des études spéciales que ne peuvent faire au même degré tous les aspirants au doctorat, et une application continue de ces études qui échappe à la plupart des médecins. L'incompétence de beaucoup d'entre eux en fait d'expertises médico-légales est notoire ; peut-on légitimement les placer entre une obligation légale et un devoir strict de conscience? La justice, qui recherche la lumière, peut-elle la demander à un homme qui lui déclare franchement et consciencieusement être impuissant à la lui donner?

M. Cornil, qui a exposé et défendu avec autorité ces idées devant le Sénat, propose la création d'un corps de médecins experts qui, après avoir approfondi les études de médecine légale, et munis d'un certificat constatant leur instruction technique, auraient tout naturellement la préférence dans le choix des tribunaux.

Il est bien entendu, et M. Cornil a insisté avec raison sur ce point, qu'il ne s'agit pas de créer des experts officiels, des médecins fonctionnaires, mais simplement des spécialistes, conservant toute leur indépendance. On serait en définitive médecin légiste, comme on est accoucheur, ophthalmologiste, dermatologiste, etc. Seulement, un fois agréé par un tribunal, on contracterait l'obligation de déférer à toute réquisition émanant de ce tribunal. Cette obligation, du reste, serait rachetée par la notoriété et les autres avantages attachés au titre de médecin expert et à la confiance des tribunaux.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Cornil, une semblable organisation est des plus faciles. Elle existe déjà à Paris, probablement dans d'autres grandes villes ; une simple entente entre le ministre de la justice et celui de l'instruction publique suffirait à la généraliser. Mais il reste le décret de 1811 tout d'abord à réformer : c'est là la pierre d'achoppement. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que l'accueil fait par M. le garde des sceaux à la proposition de M. Lacombe et à celle de M. Cornil équivaut à une fin de non recevoir.

Une commission, dit M. le ministre, est déjà chargée d'étudier la revision du décret du 18 juin 1811 et fonctionne au ministère de la justice depuis le mois de mai 1886, c'est-à-dire depuis *plus de trois ans* : au pas dont elle marche, quand aura-t-elle terminé son travail ?

Le projet de M. Cornil, ajoute M. le ministre, trouve tout naturellement sa place dans la proposition de loi sur l'exercice de la médecine, déposée à la Chambre des députés par MM. Lockroy et Chevandier ; on connaît les ajournements indéfinis de la mise à l'ordre du jour de cette proposition.

Enfin relativement à l'article 475 du Code pénal, M. le ministre pense qu'il faut attendre l'arrêt de la Cour de cassation relativement à l'affaire de Rodez ; or cet arrêt de la Cour suprême ne peut porter que sur la question de fait et ne modifiera en rien la jurisprudence que M. Lacombe propose de réformer.

Quoi qu'il en soit des dispositions de M. le garde des sceaux, on doit savoir gré à MM. Lacombe et Cornil d'avoir porté la question des expertises médico-légales devant la Chambre haute, et à celle-ci d'avoir affirmé l'urgence de la réforme demandée en votant l'ordre du jour suivant :

« Le Sénat, appelant l'attention du Gouvernement sur les conditions qui régissent les expertises médico-légales, passe à l'ordre du jour. »

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— L'Épidémie de grippe (*influenza*). — Cette épidémie, qui a débuté en Russie, ainsi que nous l'avons dit, semble vouloir faire le tour de l'Europe. Elle est signalée en Galicie, à Vienne, à Berlin, à Spandau, à Copenhague, à Londres, à Liverpool, etc.; elle vient de faire son apparition à Paris, d'abord dans un grand magasin de nouveautés, puis au sein d'une administration publique, bientôt après dans un pensionnat de jeunes filles; enfin elle n'a pas tardé à s'étendre à tous les quartiers et à la banlieue. L'École de Saint-Cyr lui paie en ce moment un large tribut. On s'accorde à dire, partout où elle règne, qu'elle est des plus bénignes. C'est, en particulier, ce qui résulte du rapport adressé par MM. Proust et Brouardel à M. le Préfet de police sur les cas observés parmi le personnel du magasin de nouveautés cité plus haut. Aussi a-t-on de la peine à comprendre la sorte de panique qui s'est emparée des Parisiens. Quand bien même cette épidémie serait, suivant l'hypothèse gratuite d'un médecin russe, le précurseur du choléra, celui-ci n'a pas franchi les frontières de la Perse et il serait plus que prématuré de s'effrayer.

— Les eaux potables de Paris. — Le ministre des travaux publics a déposé à la Chambre un projet de loi tendant à déclarer d'utilité publique les travaux à exécuter par le Ville de Paris pour le captage et l'adduction des eaux des sources de l'Avre. Le ministre reprend purement et simplement — en l'accompagnant d'un exposé des motifs nouveau — le projet de loi qui avait été soumis à la précédente Chambre et que celle-ci n'avait pu discuter avant l'expiration de la législature.

— Les groupes parlementaires ; le groupe médical. — La nouvelle Chambre paraît disposée à remplacer les groupes politiques d'autrefois par des groupes économiques dans lesquels les députés se classeraient, non plus d'après leur opinion politique, mais d'après la nature de leurs études de prédilection, de leurs travaux, de leurs occupations habituelles. C'est ainsi que se sont constitués le groupe agricole et le groupe industriel et commercial. M. Chevandier et quelques-uns de ses collègues se proposent de former de même le *groupe médical* en réorganisant la commission médicale extra-parlementaire créée il y a plusieurs années, mais qui a cessé de fonctionner depuis longtemps. Nous souhaitons un plein succès à nos honorables confrères : en combinant leur efforts, ils peuvent rendre de grands services, non seulement à la profession médicale, mais à tout ce qui intéresse la santé publique.

— Création d'une école spéciale de médecine navale. — On annonce que le ministre de la marine va déposer un projet de loi portant réorganisation des écoles de médecine navale et installation d'une Ecole spéciale auprès d'une Faculté. La marine conserverait dans les trois ports de Brest, Toulon et Rochefort, des écoles préparatoires où les élèves recevraient, pendant une année une instruction correspondant à celle de la première année des Facultés de médecine. De là, et à la suite d'un concours, ils iraient continuer leurs études dans une Faculté. Ainsi disparaîtraient les difficultés qui existent entre la marine et l'instruction publique pour ce qui concerne les inscriptions donnant accès au doctorat.

L'intention du ministre est de placer l'Ecole de médecine navale dans une ville maritime dotée d'une Faculté, afin que les élèves puissent y étudier les affections spéciales aux marins. Cela étant, son choix ne peut se porter que sur Bordeaux, où il y a une Faculté, ou Marseille, qui est en instance actuellement pour en avoir une. Les députés de la Gironde, de l'Hérault et des Bouches-du-Rhône sont déjà entrés en campagne, les premiers, pour que Bordeaux, qui a failli avoir l'Ecole du service de santé militaire, obtienne, comme compensation, l'Ecole de médecine navale, les autres pour faire prévaloir les titres de Montpellier ou de Marseille. La nouvelle organisation aura pour conséquence l'unification du corps des médecins de la marine, qui est actuellement divisé en deux branches, navigation et professorat. Le professorat disparaîtra.

— L'Œuvre nationale des hopitaux marins. — Dimanche dernier a eu lieu, dans la salle de l'Académie de médecine, sous la présidence de M. le Dr Bergeron, la réunion annuelle de l'Œuvre nationale des hôpitaux marins pour les pauvres enfants débiles, lymphatiques et scrofuleux.

Le chiffre total des hôpitaux maritimes en France est de 12; la plupart ne comptent qu'un très petit nombre de lits. C'est peu, bien peu, en égard aux besoins qui sont immenses, et à ce qu'ont déjà réalisé dans cette voie plusieurs nations européennes, parmi lesquelles l'Italie, qui ne possède pas moins de 26 hôpitaux semblables, où ses enfants viennent se régénérer par centaines de mille.

Les ressources dont dispose l'Œuvre nationale, pour mener à bien cette patriotique entreprise, sont malheureusement tout à fait insuffisantes et hors de proportion avec la grandeur de sa tâche.

La bienfaisance et le patriotisme, qui ont déjà réalisé chez nous tant de merveilles, qui ont permis à tant d'œuvres, même moins utiles et moins touchantes, de se constituer, ne sauraient demeurer indifférents à cette grande et généreuse entreprise, dont l'intérêt capital se révèle de plus en plus à tous les yeux.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le professeur Volkmann (de Halle), l'un des chirurgiens les plus éminents d'outre-Rhin, vient de succomber, à l'âge de 59 ans, à une pneumonie aiguë. Il était atteint depuis longtemps d'ataxie locomotrice, ce qui ne l'empêchait pas de cultiver avec un égal succès les sciences et les lettres. Il était connu, comme littérateur et poète, sous le pseudonyme de Richard Leander.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr A. Lagout, connu par ses travaux sur les diverses manifestations de la fièvre herpétique (angine et pneumonie herpétique). Ancien interne des hôpitaux de Paris, élève de Magendie, Lagout exerçait la médecine depuis 1816 à Aigueperse (Puy-de-Dôme), où il succéda à son père et à son grand-père, médecins comme lui. Il était médecin de l'hospice d'Aigueperse et avait été président de la Société des sciences médicales de Gannat.

***

Académie de médecine. — Prix proposés pour l'année 1890. (Les concours seront clos fin février 1890.)

— *Prix de L'Académie* (1,000 fr.). — Question : Des pelades.
— *Prix Alvarenga de Piauhy* (800 fr.).
— *Prix Amussat* (800 fr.).
— *Prix Barbier* (2,200 fr.
— *Prix Henri Buignet* (1,500 fr.).
— *Prix Capuron* (1,000 fr.). — Question : De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.
— *Prix Civrieux* (800 fr.). — Question : Des névrites.
— *Prix Daudet* (1,000 fr.). — Question : De la leucémie.
— *Prix Desportes* (1,300 fr.).
— *Prix Falret* (1,000 fr.). — Question : Des folies diathésiques.
— *Prix Ernest Godard* (1,000 fr.). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.
— *Prix Herpin* (de Metz) (1,200 fr.). — Question : Traitement abortif de l'anthrax.
— *Prix de l'hygiène de l'enfance* (1,000 fr.). — Question : De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance.
— *Prix Laborie* (5,000 fr.).
— *Prix Laval* (1.000 fr.).
— *Prix Lefèvre* (1800 fr.). — Question : De la mélancolie.
— *Prix Meynot* aîné, père et fils, de Donzère (Drôme) (2,600 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.
— *Prix Adolphe Monbinne* (1,500 fr.).
— *Prix Orfila* (2,000 fr.). — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?
— *Prix Oulmont* (1,000 fr.).
— *Prix Perron* (3,800 fr.).
— *Prix Portal* (600 fr.). — Question : Du mal perforant.
— *Prix Pourat* (1,200 fr.). — Question : Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.
— *Prix Saint-Lager* (1,500 fr.).
— *Prix Saint-Paul* (25,000 fr.). — Diphthérie.

— *Prix Stansky* (1,800 fr.).

— *Prix Vernois* (700 fr.).

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Segond, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Cathelineau, nommé chef adjoint du laboratoire de clinique de maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Pouchet, démissionnaire.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. Vanhersecke est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Lehoucq, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Brousse, agrégé, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Hérail, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur de matière médicale (chaire nouvelle).

Ecole de médecine de Rennes. — M. le Dr Dayot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Transport des blessés en temps de guerre, manuel du brancardier de frontière. Transformation du matériel de service ordinaire en matériel de secours, par le Dr Bouloumié, médecin consultant à Vittel. Une brochure in-18 de 48 pages avec figures dans le texte. Prix : 1 fr. — Vendu au profit de l'OEuvre des brancardiers de frontière, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, chaussée d'Antin, Paris.

Restauration fonctionnelle du pouce, par le Dr Gabriel Hanotte, membre adjoint de la Société anatomo-clinique de Lille, 1 vol. in-8 de 110 pages avec 94 figures intercalées dans le texte. — Imprimerie L. Danel à Lille.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 7 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 45. — Variole, 1. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 31. — Choléra, 0.— Phtisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 17. — Tumeurs cancéreuses, 54. — Autres, 6. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 11.—Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë, 60. — Bronchite chronique, 46. — Broncho-pneumonie, 34. — Pneumonie, 67 — Gastro-entérite des enfants ; Sein. 9 — Biberon, 31. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 5. — Fièvre et péritonite puerpérales. 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 43. — Suicides, 15.— Autres morts violentes, 6.— Autres causes de mort, 172.— Causes inconnues, 16. — Total : 1091.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT-ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ, par le Dr Charles AMAT, médecin-major.

(Suite) (1)

II

L'incarnation de l'ongle peut avoir été la conséquence du refoulement des chairs et le traitement à appliquer est ici susceptible de présenter souvent le double avantage d'être tout à la fois curatif et préventif. Pour le comprendre, il est nécessaire de se rappeler le mécanisme habituel suivant lequel l'ongle devient incarné. Le gros orteil, siège de l'affection, chassé en dehors par la disposition ordinaire de nos chaussures, presse contre le deuxième orteil qui résiste soutenu par les suivants et là se creuse bientôt une sorte de loge dans sa face latérale. Il en résulte que le bourrelet cutané qui borde en dehors l'ongle du gros orteil se trouve serré entre cet ongle et le deuxième doigt du pied, que ce bourrelet est de ce fait relevé, aminci et comme pédiculé, enfin qu'au niveau du pédicule, il se trouve placé sous l'ongle comme sous un couperet.

(1) Voir le précédent numéro.

Dans ces conditions, il faut, comme le veut M. Le Fort, ramener le second orteil au-dessus du premier et le maintenir dans cette position au moyen d'une petite bande emplastique ou mieux encore, faire chevancher comme le conseille M. Dumas (1) le deuxième doigt sur le gros orteil, le fixer au moyen de bandelettes de diachylon pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de l'ulcération et de telle façon que sa pulpe appuie sur le bord externe de l'ongle et sur le bourrelet cutané adjacent. On rapproche ensuite le troisième orteil qui empêche le deuxième de retomber. Lorsque ces bandelettes sont bien appliquées sans être trop serrées, le malade peut marcher dans la chambre avec des pantoufles. En trois ou quatre jours, la guérison se dessine et en une ou deux semaines, elle est complète. M. Dumas ne se contente pas, comme on le voit, de soustraire le gros orteil à la pression latérale du deuxième, il utilise encore la position nouvelle qui lui est donnée pour comprimer en sens inverse les chairs incarnées et les déprimer au-dessous du bord de l'ongle.

Nous devons signaler, comme agissant d'une façon purement mécanique, les demi-cylindres de liège ou de zinc que Bouchand (2) appliquait et qui exerçaient par leurs bords une pression sur les bourrelets. La lamelle de liège en dos d'âne avait déjà été instinctivement employée par le malade dont parle Gosselin dans sa clinique.

Mais les fongosités réclament parfois un traitement spécial, Paul d'Egine au VIIe siècle, un des derniers représentants de l'école d'Alexandrie, en recommandait la cautérisation et

(1) Dumas. Note sur le trait. de l'ongle incarné (Arch. de méd. milit. 1888).

(2) Bouchand. Méth. curative de l'ongle incarné (Arch. med. oct.-nov. 1877).

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1).

IV. — Voici que la collection des thèses consacrées à retracer l'histoire des grands hôpitaux de Paris, vient encore de s'accroître. M. Emile Richard nous donne en effet l'*Histoire de l'hôpital de Bicêtre* de 1250 à 1791 (2).

L'*Hôpital général* de Paris consistait dans la réunion, sous une administration commune, de diverses *Maisons*, où l'on recevait les pauvres, valides ou infirmes, de tous âges et de tous sexes, incapables de gagner leur vie. Bicêtre était l'une de ces *Maisons*.

Le travail de M. Richard embrasse deux périodes différentes : Bicêtre-Château et Bicêtre-Hôpital. La première naît avec le Château, le prend à son origine (1250) et va jusqu'au jour où les soldats invalides en sont expulsés pour faire place aux pauvres infirmes (1656). La seconde, de beaucoup la plus importante, commence avec l'Hôpital général (1656) et finit avec lui, le 11 avril 1791.

Cette deuxième partie nous montre d'abord l'organisation et l'administration de l'Hôpital général qui comprenait : *Les Grandes Maisons* (la Pitié, la Salpêtrière, la Boulangerie Scipion et les Moulins de Corbeil), et les *Petites Maisons* (Enfants-Trouvés, la Couche et l'hôpital du faubourg Saint-Antoine, les Enfants-Rouges, le Saint-Esprit, le Refuge de Sainte-Pélagie, et enfin Bicêtre).

La description de l'administration, du personnel et de la topographie de l'hôpital de Bicêtre, forme le sujet du chapitre III, et l'exposé des conditions où se trouvaient les clients de l'hôpital remplit le chapitre IV.

Le 5e chapitre s'occupe de ce qu'était le traitement des vénériens à Paris avant leur admission à Bicêtre, et de ce qu'il fut après. Puis vient un chapitre consacré aux prisons de Bicêtre (La Force, les Cabanons, les Cachots et la Correction). Ensuite M. Richard s'occupe du traitement des fous à Bicêtre depuis 1656 jusqu'à Pinel.

Nous signalerons enfin la double série de notices consacrées aux médecins et aux chirurgiens de cette maison hospitalière, entre

(1) Voir le numéro précédent.

(2) In-4 de 160 pages, avec deux vues de l'hôpital. Paris, 1889, G. Steinheil, éditeur.

l'ablation, Abulcasis (1), Ambroise Paré (2), Brachet, Levrat-Perrotton (3), Vanderback (4), Kremer (5), Sané, Moreau, Volkomirsky (6), Donati (7), Chappot (8)) agissaient de même et employaient le fer rouge ou des caustiques plus ou moins énergiques, tels que le nitrate de plomb, l'azotate d'argent, la potasse, le perchlorure de fer, le nitrate acide de mercure.

Au commencement du siécle, Lisfranc se contentait, comme les précédents, d'abraser au bistouri toute la portion exubérante et de cautériser la surface de la plaie, tandis que Larrey n'agissait sur les fongosités avec le fer rouge qu'après avoir arraché l'ongle comme Dupuytren. Gerdy enlevait d'un seul coup le bourrelet et toute la moitié correspondante de la pulpe, rasant et intéressant même le périoste de la phalange de manière à empêcher les parties molles de reproduire l'incarnation, grâce à la formation d'une cicatrice solidement adhérente. M. Guyon (9) se borne à déplacer et à abaisser les chairs. Enlevant sur le bord de l'orteil, au-dessous des points irrités, un coin de parties molles dont il gradue l'étendue et la profondeur d'après les dimensions de la portion incarnée, il réunit par la suture les deux lèvres de la plaie qu'il vient de créer et dégage ainsi le bord enclavé de l'ongle. M. Pomarel (10) a proposé à son tour un procédé qui a les plus grandes ressemblances avec celui du chirurgien de l'hôpital Necker.

(1) Abulcasis. Chirurgiæ pars secunda. Caput XCI.

(2) Ambroise Paré. Opér. de chirurgie, XV• liv. t. 11, p. 457, édition Malgaigne.

(3) Levrat-Perrotton. Journal général, t. XXXIII, 2e série.

(4) Vanderback. Réflex. sur les ongl. incarn. et sur l'emploi de la potasse caustique pour les détruire. Rec. mem. med. chir. pharm. milit. t. XXIII, p. 226.

(5) Kremer. Remarq. sur les ongl. incarn. et sur l'empl. de la potasse caust. pour les détruire. Rec. mem. med. chir. ph. milit., t. XXXIX, p. 233.

(6) Volkomirsky. De l'emp. de l'azot. de plomb dans le trait. de l'onyxis maligne. Journ. de med. de Moscou 1873, n° 37.

(7) Donati. Trois nouv. cas d'onyxis malignes guéris par l'azot. de plomb. Annali universali di medic., t. XXIII. Juillet 1875.

(8) Chappot. De l'azot. de plomb dans le trait. de l'onyxis. Tribune médicale 1872.

(9) Guyon. Nouv. proc. de l'op. de l'ongle incarné. Bulletin Soc. chir. 1862, 2e série, t. III, p. 463.

(10) Pomarel. Contr. au trait. chir. de l'ongle incarné. Gaz. Hôp. 1887, p. 1156.

Miall employait une solution concentrée d'acide tannique qu'il étendait deux fois par jour sur les parties molles, sans interposition d'aucune substance entre ces dernières et l'ongle. Il n'y avait ni douleurs, ni difficulté à marcher après la première application, et les malades pouvaient continuer leur travail sans difficulté. A signaler la pratique de M. Chassignai (d'Hyères) consistant à placer de la poudre d'indigo sur le bourrelet fongueux, mais dont les observations n'ont pas paru concluantes au rapporteur de la société de chirurgie (23 novembre 1887).

G. Monod (1) a rappelé en 1880 l'attention sur l'emploi du nitrate d'argent, qui lui aurait donné toujours de bons résultats dans la forme la plus commune, lorsque la lésion uni ou bilatérale se borne à l'ulcération fongueuse en sillon sans altération de l'ongle et de la matrice. Après avoir mouillé les parties malades il faut promener profondément le crayon dans le sillon ulcéré et sur les fongosités. On renouvelle la cautérisation deux ou trois jours après. Dès la troisième application, on obtient une eschare sèche et solide qui marque la guérison. Maintenant en place quelques bandelettes de diachylon, on ne les enlève que lorsque l'ongle a crû suffisamment pour dépasser le bout de l'orteil et qu'il peut être taillé carrément.

III

Comme la récidive pouvait s'observer avec toutes les méthodes de traitement jusqu'ici exposées, que la malformation de l'ongle d'une part et de l'autre le refoulement des chairs étaient susceptibles d'être incriminés, les chirurgiens se préoccupèrent de s'opposer à la repousse ultérieure de l'organe. Larrey en détruisit la matrice au fer rouge, Sommé se servit de l'alun, Scoutteten eut recours à la potasse caustique dont il plaçait un petit fragment sur la surface unguéale entamée par une incision. Labat portait le feu sur le lit de l'ongle à quatre lignes en arrière du point où celui-ci sort de dessous la peau, et donnait à la brûlure une direction en arc de cercle à concavité antérieure. Vanderback, Krémer tendaient vers le même but à l'aide de caustiques variés, Vanzetti et Rizzoli donnaient la préférence au nitrate de plomb et Bonnet (de Lyon) au chlorure de zinc.

Reclus, de nos jours, après avoir arraché l'ongle, suivant

(1) Monod. Sur le trait. de l'ongle incarné par le nitrate d'arg. Union méd. 9 nov. 1880.

---

autres, les notices sur Florimond Langlois, Robert Patin, J.-B. Moreau, Raymond Finot, Winslow, Fermelhuis, Gaulard, Saillant, etc.

L'étude de M. Richard est des plus consciencieuses. Le chercheur y trouvera bien des documents remplis d'intérêt.

V. — Ce n'est assurément pas d'aujourd'hui ni même d'hier que, pour la première fois, l'on signale les dangers de la publicité que donne la Presse aux moindres détails des crimes contre les personnes. Du coupable, le journalisme en fait presque un héros. Et sans l'absoudre, sans l'excuser, sans même chercher à atténuer, tant sans faut, l'horreur de ses forfaits, par l'intérêt qu'il semble porter au criminel en l'*interwiewant* à outrance, le journaliste peut souvent donner à des êtres prédisposés au crime de par leur nature, leurs instincts ou leur éducation, des règles de conduite, des indications, voire même des impulsions regrettables.

Aussi lorsque le Dr Moreau (de Tours) est venu présenter au Congrès des Sociétés savantes ce court, mais sérieux et important réquisitoire qu'il a intitulé : *De la contagion du crime et de sa prophylaxie* (1), tout bon patriote, tout homme de cœur, lui devait des applaudissements ; car « depuis quelques années on assiste à un développement sans cesse grandissant de crimes de toute nature ; Paris n'a pas seul, quoi qu'on dise, le triste monopole de ces suicides, de ces meurtres, de ces viols... qui frappent de stupeur et parfois de véritable terreur la population tout entière : la province aussi paye un tribut non moins lourd à cet impôt du sang ».

M. Moreau (de Tours) ne craint pas d'accuser la Presse d'être la cause la plus active des crimes et des suicides dont on est témoin chaque jour, de les propager indéfiniment par le retentissement qu'elle leur donne, en insistant sur une foule de détails plus ou moins tragiques, plus ou moins étranges. « Au temps où nous vivons, ajoute l'auteur, le crime a obtenu une publicité scandaleuse. On le voit partout, on l'offre à tous les regards, on l'ébruite, on en fait le sujet d'une nourriture quotidienne. Allez voir à la Morgue ; entendez-le publié dans les rues, dans les carrefours ; voyez-le affiché aux fenêtres de quelques librairies qui foulent aux

(1) Brochure in-8. Publications de la Société française d'hygiène. Paris 1889.

le procédé de Dupuytren, cautérise au thermo-cautère les fongosités et le derme sous-unguéal de la portion enlevée (1).

Sédillot (2), cernant avec la pointe d'un bistouri la portion de la matrice unguéale qu'il voulait détruire et qu'il enlevait avec les chairs fongueuses, place dans la plaie produite un peu de caustique de Vienne jusqu'à la formation d'une eschare. Michel (de Strasbourg) excisait le bord incarné et cautérisait avec le caustique de Filhos la portion du lit mise à nu. Une eschare se formait et tombait une quinzaine de jours après, laissant une surface bourgeonnante bientôt suivie d'une cicatrice résistante et fibreuse. Lisfranc et Delpech employaient le bistouri pour enlever latéralement en un seul copeau une portion de tissu rétro-unguéal de l'ongle, de sa matrice et des parties molles. Dupuytren détachait dans les cas graves toute la matrice de l'ongle en la cernant par une incision semi-lunaire pratiquée à six millimètres environ en arrière de sa naissance et en excisant, après dissection des parties divisées, une petite portion de la peau, la matrice unguéale et l'ongle lui-même. Baudens se bornait à enlever d'un seul coup toutes les parties altérées en y comprenant la portion correspondante de la matrice unguéale. Appuyant le pouce de la main droite sous l'orteil, bien maintenu de la main gauche, et avec les autres doigts fixant le bistouri comme un canif, il excisait une sorte de languette unguéo-charnue. Follin (2) faisait deux incisions longitudinales, l'une au-delà du bourrelet des chairs fongueuses, l'autre sur l'ongle même, à une distance variable qu'il réunissait par deux incisions transversales, l'une au niveau de la partie libre de l'organe, l'autre à cinq millimètres environ en arrière du repli recouvrant la racine. Il avait soin de disséquer le lambeau assez profondément pour ne pas laisser dans la plaie des fragments du derme sous-unguéal.

Voillemier (4) enlevait l'ongle et le derme sous-unguéal en taillant par transfixion deux lambeaux qu'il réséquait à leurs bases. Gosselin (5) après avoir arraché l'ongle, suivant le procédé de Dupuytren, détachait une languette de peau, comprenant en avant une partie du bourrelet cutané et les fongosités anormales, et en arrière la partie latérale externe de la matrice. M. Th. Anger (1) taille par transfixion un lambeau latéral ne portant que sur les parties saines et comprenant autant que possible l'artère collatérale, reportant ensuite son bistouri dans l'angle de la plaie, il sectionne les lésions perpendiculairement jusqu'à l'os qu'il rase de façon à enlever comme copeau toutes les parties malades. Le lambeau est appliqué et maintenu par des bandelettres de diachylon.

Stockquart (2) combine l'arrachement de l'ongle avec la résection du repli sous-unguéal, c'est-à-dire qu'il opère avec la pointe du bistouri, en décrivant à quelques millimètres en arrière de la sortie de l'ongle, une incision en arc de cercle et excise la portion ainsi délimitée.

Se basant sur l'hypothèse d'Arloing (3) qui, avec Reichert, Ammon et Hutchinson, pensait que l'ongle n'était produit que par la région rétro-unguéale et le tiers postérieur de son lit, M. Quenu (4), en 1885, a inauguré un procédé permettant d'éviter toute récidive. Il consiste à enlever complètement toute la partie du derme sous-unguéal qui répond à la lunule. Après avoir arraché l'ongle, le chirurgien fait une incision tangente à la lunule dépassant les bourrelets fongueux et s'arrêtant à la peau saine; des extrémités de cette incision il en fait partir de chaque côté une autre perpendiculaire en dorso-latérale, longue de deux centimètres environ, qui remonte sur le dos de la phalange dans le prolongement du bord incarné de l'ongle. Une troisième incision parallèle à la première est tracée au fond de la rainure unguéale. On excise le rectangle ainsi délimité devant comprendre toute la matrice de l'ongle et tout le derme sous-unguéal de la lunule. On dissèque le volet postérieur qu'on ramène, grâce à son élasticité, au contact du derme unguéal resté intact pour combler la perte de substance. On peut si l'onyxis est unilatérale n'agir que sur la moitié correspondante de la matrice de l'ongle.

(1) Reclus. De l'onyxis et de son traitement. In Gaz. hôp. 1887.
(2) Sédillot. Médecine opératoire. T. II, p. 281. Paris 1870.
(3) Follin. Pathol. externe. T. II, p. 81. Paris 1872.
(4) Voillemier. Clin. chir. Paris 1861.
(5) Gosselin. Sur le trait. de l'ongle incarné. Gaz. hebd., 1853, t. Ier, p. 7 et cliniq. chir. de la Charité. Paris 1876. T. I, p. 57.

(1) Th. Anger. Soc. chir. 17 juillet 1889.
(2) Stockquart. Trait. chir. de l'ongle incarné, procédé nouveau pour obtenir la guérison comp. et défin. sans reproduct. de l'ongle (Journ. de méd. chir. phar. de Bruxelles 1884 LXXX, p. 464).
(3) Arloing. Poils et ongles, leurs organes reproducteurs. Th. d'agrég. Paris 1880.
(4) Quenu. Bullet. soc. chir., t. XIII, p. 252, 1887.

pieds les devoirs de la conscience et le respect dû aux mœurs; lisez-le dans les journaux; voyez-le représenté, choyé sur les théâtres.

« Or nous sommes convaincu que cette publicité du crime, que le théâtre, que les journaux, que les mauvais livres sont autant de causes secondaires des attentats criminels qui se commettent chaque jour. La Presse donne maintenant plus que jamais un scandale qui est bien digne d'exciter l'intérêt des honnêtes gens et d'augmenter les justes alarmes des moralistes. »

La petite, mais substantielle brochure de M. Morean (de Tours) mérite mieux que des éloges. Elle mérite d'être suivie d'un effet utile. Sans vouloir restreindre la liberté de la Presse, je crois qu'il serait à désirer que les représentants de cette puissance aujourd'hui sans égale, la Presse, se pénétrant de l'importance de leur mission, consentissent d'eux-mêmes à faire le silence autour des crimes et des criminels. Qu'ils mettent en application les conseils salutaires que leur donne M. Moreau (de Tours). Ils diminueront ainsi la contagion du crime bien plus sûrement qu'en réclamant des lois féroces.

VI. — M. Isidore Cadet vient de nous donner un *Essai historique sur la suette miliaire* (1). Bien qu'il ait volontairement restreint son sujet à l'étude de la suette picarde dont il a suivi les diverses explosions principalement en France, depuis 1718, date de sa première apparition (dans le Vimeux, en Picardie, d'où lui est venu son surnom) jusqu'en 1887. Nous reprocherons à l'auteur de n'avoir pas dit un seul mot des épidémies anglaises, ne serait-ce qu'à titre de comparaison. Et, cependant, les épidémies qui ont sévi en Angleterre ont, les premières, attiré l'attention sur cette maladie, singulière.

Ce n'est que depuis le commencement du siècle dernier que la suette miliaire a commencé de préoccuper les médecins français à diverses reprises. Dans les autres pays elle est très rare, et l'on n'a constaté son existence que dans les contrées voisines de la nôtre: l'Allemagne du sud, la haute Italie, la Suisse et la Belgique. En France même, la suette est restée cantonnée dans certains départements. On l'a surtout observée dans le Nord-Ouest. La Somme, les départements normands, l'Oise, l'Aisne, Seine-et-Oise, Seine-

(1) Paris, 1889. Ollier-Henry, libraire-éditeur.

Mais, songeant à la pratique de Dionis qui grattait l'ongle dans le but de l'amincir en son milieu, M. Quenu a apporté à son procédé une modification heureuse (1) consistant à enlever longitudinalement, au niveau de la lunule, qu'une bandelette dermique de un millimètre de large. Il repousse alors deux moitiés d'ongle, séparées sur la ligne médiane par une ligne cicatricielle formant comme une charnière qui permet aux deux ailes unguéales de s'aplatir ou de s'étaler horizontalement.

Il est encore un procédé que M. Quénu applique à la cure de l'ongle incarné d'un seul côté, et qu'on pourrait désigner sous le nom de procédé unilatéral : le chirurgien fait deux incisions longitudinales l'une en dehors du bourrelet fongueux l'autre située en dedans et partant du bord libre de l'ongle jusqu'à la rainure unguéale; aux deux extrémités de ces incisions longitudinales il en fait deux tranversales mais se prolongeant sur la face latérale de l'orteil. Il a ainsi créé un lambeau quadrilatère comprend le sillon latéral fougueux et une partie du derme sous-unguéal sous-jacent, ce lambeau est excisé. Par la prolongation des incisions transversales sur la face latérale de l'orteil on obtient un petit lambeau qu'on peut facilement mobiliser et amener jusqu'à recouvrir la perte de substance résultant de l'excision.

IV

Le chirurgien qui se trouve en présence d'un ongle incarné a à sa disposition une variété suffisante de procédés pour avoir besoin de faire un choix, qui risquerait fort d'être très laborieux s'il n'était des considérations qui méritent de fixer particulièrement ses préférences.

Imbu des sages principes de M. Vernueil pour qui le couteau doit toujours céder le pas à une intervention plus médicale toutes les fois que la chose est possible, nous sommes volontiers porté à n'admettre le traitement sanglant que si les autres doivent évidemment échouer. Nous sympathisons en outre avec le malade qui, si on lui propose une opération alors que son état n'est pas devenu encore pour lui une cause de souffrances par trop insupportables, refusera toute intervention au risque de voir son refus lui être quelquefois très préjudiciable par la suite.

Dans une incarnation à son début, pourvu que le malade puisse rester au repos, on pourra chercher à isoler l'ongle par les différents procédés recommandés et à modifier à l'aide de pansements topiques les ulcérations et les fongosités. On aidera à la cure en ayant recours à la pratique de Dionis modifiée par M. Clado. Le limage et le raclage de l'ongle auront l'avantage de procurer un soulagement à bref délai sans soumettre à aucune espèce de gêne ou d'ennui. Ses promoteurs ajoutent qu'on se trouvera assez rarement dans la nécessité d'avoir recours à un autre moyen. Non seulement la guérison serait rapide, si on s'en tient aux observations rapportées, mais encore sans récidive à la condition de tailler et limer l'ongle de temps en temps au moins tous les deux mois comme moyen préventif. Leur foi est si grande que, même dans les cas graves, ils rejettent systématiquement tout procédé chirurgical ayant pour but de s'opposer à la repousse de l'ongle et ont recours au procédé d'extraction de M. Verneuil agissant sans perte de substance des parties molles qui mettent toujours un certain temps à guérir, restant exposées à des causes nombreuses d'infection.

D'autres moins confiants dans le résultat du traitement ci-dessus le remplacent par la section partielle ou l'arrachement total de l'ongle. Par cette méthode, qui a pour elle l'avantage d'être peu douloureuse et d'être suivie d'une prompte guérison, on laisse à l'ulcération fongueuse le temps de se cicatriser; malheureusement la repousse expose à une récidive qui, rare chez les sujets ayant dépassé l'âge adulte, est absolument fatale d'après Gosselin chez les adolescents.

C'est contre cette repousse que l'on a lutté pendant longtemps soit à l'aide des caustiques, soit à l'aide du bistouri. Les caustiques ont l'inconvénient soit de ne pas détruire suffisamment les cellules génératrices de l'ongle, soit de produire des eschares trop considérables et d'exposer à l'ouverture de l'articulation. Le bistouri s'attaquant au derme sous-unguéal enlevait trop puisqu'il est démontré expérimentalement que ce dernier, à partir de la lunule, ne prend aucune part à la formation de l'ongle.

Aussi ne saurait-on trop recommander le procédé de M. Quenu surtout s'il s'agit d'une incarnation bilatérale. Si celle-ci est simplement d'un seul côté on n'agira que sur la moitié correspondante de l'ongle à moins qu'on ne préfère

(1) Bussat. Trait. chir. de l'ongle incarné (procédé de M. Quenu). Th. Paris 1888.

---

et-Marne, le Bas-Rhin, le Jura ont été fréquemment visités par la suette. A côté de ces foyers principaux, il faut placer quelques départements du Centre (l'Allier, le Puy-de-Dôme), du sud, (l'Hérault, les Pyrénées Orientales, les Alpes-Maritimes) et enfin dans l'Ouest, les Deux-Sèvres, la Vienne, la Charente-Inférieure, la Dordogne.

La littérature médicale est riche en relations d'épidémies. Celles sur lesquelles l'auteur a cru devoir s'étendre le plus longuement, ont été observées par Rayer, Parrot, Bucquoy, Gueneau de Mussy, Barthez et Landouzy, Foncart, Ardouin et la dernière par M. le professeur Brouardel.

De son étude historique, M. Cadet, considérant que la suette s'est généralement circonscrite en épidémies localisées et qu'elle était pour ainsi dire endémique dans certains villages, conclut que la cause première de cette maladie réside dans la nature du sol. « Ne l'avons-nous pas observée, ajoute-t-il, sévissant dans des contrées marécageuses comme la vallée de la Somme et la vallée de l'Ognon? C'est-ce qui explique l'opinion des habitants d'Aubière qui la regardaient comme produite par « un venin de terre ». Et Mazuel, dans ses conclusions de thèse, affirmait que l'agent producteur était un poison tellurique. MM. Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy trouvent la cause de l'épidémie de 1839, pour les communes de Saint-Cyr, Saint-Ouen et d'Orly, dans les débordements du Petit et du Grand Morin qui, durant l'hiver et les fortes pluies, inondent les plaines environnantes ; le sol argileux de ces pays, ajoutent-ils, ne permet pas l'absorption de ces eaux qui restent longtemps stagnantes à la surface. De là à invoquer comme cause l'impaludisme et à faire de la suette une affection paludéenne, il n'y avait qu'un pas qui fut vite franchi, et aujourd'hui M. Jaccoud est le plus ardent défenseur de cette théorie.

« Ce n'est certainement point, dit M. Cadet en terminant, par le fait d'une modification en plus ou en moins de ses éléments habituels: oxygène, azote, vapeur d'eau, etc., que l'atmosphère peut produire la suette, mais bien par une altération toxique : la dissolution du sang, la putréfaction rapide des cadavres, et l'intensité même des troubles nerveux et gastriques le démontrent surabondamment. »

Quoi qu'il en soit de cette théorie, le travail du Dr Cadet se laisse lire avec plaisir.

La fin au prochain numéro, Dr ALBERTUS.

s'adresser à son procédé que nous avons décrit sous le nom d'unilatéral. Le procédé autoplastique de M. Th. Anger trouvera ici lui aussi une indication, car il conserve l'ongle tout en évitant la récidive. Un procédé assez séduisant sera encore celui de M. Quenu avec sa petite section médiane.

Les malades opérés par ce dernier chirurgien, avec excision de la région lunulaire, et revus cinq mois après, ont présenté un derme sous-unguéal recouvert de plusieurs couches d'épiderme corné, sans tissu ressemblant à de l'ongle. Cet épiderme peu épais, facilement séparable en lamelles par le bistouri, comme cela a lieu du reste pour tout épaississement épidermique, ne présentait ni à l'examen macroscopique ni à l'examen microscopique la dureté et les caractères de la substance unguéale.

Quelle que soit l'intervention chirurgicale employée on devra s'efforcer d'annihiler toute douleur en ayant recours à l'anesthésie locale. On fait généralement usage du mélange réfrigérant de glace et de sel marin qu'on enferme dans un sac de mousseline avec lequel on recouvre la face dorsale et les parties latérales de l'orteil. Lorsque la peau est devenue complètement blanche sur toute l'étendue du bourrelet cutané et les parties voisines, l'anesthésie est complète. On peut se servir également du bromure d'éthyle pulvérisé avec l'appareil de Richardson. Quant à l'éther, il procure une insensibilité moins complète et plus lente que le mélange réfrigérant de glace et de sel ou le bromure d'éthyle. On emploi encore le chlorhydrate de cocaïne en solution de 4 pour 10C dont on injecte 10 à 15 gouttes à la base de l'ongle juste au-dessous de la matrice dans l'épaisseur du derme (1) en même temps qu'on enveloppe les bourrelets fongueux ulcérés dans une compresse imbibée de la même solution.

Velpeau avait soin, quelques moments avant l'opération, de serrer fortement la racine de l'orteil avec un lien. La sensibilité s'atténue, la partie se trouve ainsi engourdie et l'opération est, paraît-il, moins douloureuse.

M. Schwartz conseille, pour éviter l'hémorrhagie dans le procédé de M. Quénu, d'enrouler autour de la racine du gros orteil un tube élastique qui est serré et maintenu à l'aide d'une pince à forcipressure pour en fixer les deux bouts. Ce tube compresseur reste en place jusqu'à la fin du pansement qui alors est presque toujours tout à fait à sec.

Le pansement à la gaze iodoformée a été pendant un certain temps fort en honneur. Avec cette substance on entourait et maintenait les lambeaux. Un peu d'ouate aseptique boraté ou salicylée était fixée par dessus. Après trois jours on retirait le pansement pour enlever les points de suture. Il était assez fréquent de remarquer à ce moment un érythème particulier ayant amené la désunion de ces dernières. Cet érythème était occasionné par l'iodoforme. On évite de pareils accidents en supprimant ce corps, en ayant recours soit au pansement sec de Verneuil et de Richelot à l'ouate stérilisée ou au sous-nitrate de bismuth, soit au pansement humide de MM. Guyon et Quenu consistant en applications froides phéniquées ou alcooliques que l'on renouvelle de temps en temps, ou en une simple lame de protective préalablement trempée dans de l'eau boriquée entourant l'orteil et maintenue avec un peu d'ouate hydrophile.

Ce que l'on ne doit pas oublier, enfin, c'est de donner au malade des conseils préventifs : il devra veiller à la bonne adaptation de ses chaussures et à la coupe rationnelle de ses ongles.

Que l'ongle ulcère les chairs en pénétrant par sa trop grande croissance dans la gouttière unguéale, comme le voulait Gosselin, ou que par suite d'un défaut d'harmonie entre les dimensions de l'ongle et des parties molles, ce soient ces dernières qui viennent le recouvrir, se heurter et se contusionner contre sa résistance comme le croit Poncet (1) (de Lyon), le développement de la matrice unguéale n'ayant pas marché de pair avec celui des parties molles voisines, il n'en est pas moins indiqué de ne pas serrer, de ne pas emprisonner, en un mot de ne pas étrangler les orteils, de ne pas diminuer au-delà d'une certaine mesure leur diamètre transversal. Les chaussures, quelles que soient leur forme, ne doivent jamais être trop étroites et ne jamais entraîner de chevauchement d'orteil.

L'habitude de couper le bord libre de l'ongle en rond prédisposant à l'incarnation il faudra en opérer cette section carrément à angles nettement accusés. Sans cette précaution les bords de la lame cornée devenant moins longs que le bourrelet cutané péri-unguéal, les parties molles moins bien soutenues s'offriraient au contact de ces bords rendus plus tranchants par le fait même de la section. Gosselin conseille encore, surtout aux adolescents particuliérement exposés à cette affection, de ne pas entamer dans la section de l'ongle la portion de matière cornée qui recouvre le derme sous-unguéal, c'est-à-dire de ne pas faire cette section au-delà des adhérences épidermiques du bord unguéal afin de ne pas mettre ce dernier, devenu un peu plus tranchant par le fait même de la section, au contact d'une partie de peau mince et dépourvue d'épiderme.

En résumé, il convient de prendre des soins de propreté minutieux, de porter des chaussures aisées, de surveiller les moindres irritations du derme et dans ce cas surtout d'éviter la marche, la fatigue, la station longtemps prolongée: tels sont les moyens prophylactiques que l'on peut opposer à l'incarnation de l'ongle. Que si l'onyxis s'établit, l'indication est d'intervenir aussitôt que possible ; plus on tarderait, plus on se trouverait dans la nécessité d'avoir recours à un traitement radical.

REVUE D'HYGIENE SCOLAIRE

J'ai l'intention de passer en revue, dans la *Gazette*, tout ce qui touche à l'hygiène scolaire. Qu'il s'agisse de livres, de publications périodiques, ou de documents officiels, je ne crois pas qu'actuellement le médecin puisse ignorer les efforts que l'Université ou l'hygiène indépendante tentent à chaque instant pour améliorer le sort des maîtres et des élèves. Chacun de nous peut être appelé comme membre d'un conseil d'hygiène, d'un bureau de lycée, d'une délégation cantonale, comme inspecteur des écoles, peut être appelé, dis-je, à intervenir, soit pour donner un conseil, soit pour prendre une décision. Il importe donc à tout médecin d'être tenu au courant de ce qui se dit et de ce qui se fait, et de participer, à son tour, à ce grand mouvement de la régénération physique qui est le caractère propre ou, tout au moins, un des côtés les plus intéressants de l'hygiène publique.

J'ai précisément au début de ces études à m'occuper d'un livre dont l'auteur a le plus énergiquement et avec le plus d'autorité appelé l'attention de tous sur la valeur de la vie humaine et sur les moyens de la conserver.

(1) Reclus, Anesthésie locale par la cocaïne. 4e Congrès français de chirurgie, 9 octobre 1889.

(1) Poncet (de Lyon). Pathogénie de l'ongle. 3e Congrès français de chirurgie 1888.

Dans un livre paru il y a quelques jours, à la librairie Hachette, sous ce titre : *L'éducation de nos fils*, M. le Dr Jules Rochard a mis en relief l'état actuel, les desiderata de notre enseignement secondaire, et indique les réformes qu'il est urgent d'y apporter.

Le point de vue hygiénique est un de ceux sur lesquels l'auteur s'arrête le plus volontiers et nous nous y arrêterons avec lui ; mais, auparavant, il importe de donner un aperçu sommaire de son livre.

La première partie a pour titre : *Réforme scolaire.* Au début un court historique de l'enseignement secondaire en France, puis l'étude de la sédentarité et du surmenage, la comparaison de l'éducation publique avec l'éducation privée, les inconvénients de l'internat, de l'emploi du temps tel qu'il est pratiqué dans les lycées, et les réformes que réclame cet état de choses. Nous nous attacherons plustard tout spécialement à ce chapitre, de même qu'au suivant qui traite de *l'éducation physique.* Hygiène des classes, dortoirs, réfectoires, détails sur l'alimentation, les soins de toilette, les récréations et exercices, les congés et les vacances, tout cela appelle également de sérieuses réformes que déjà le lecteur prévoit et que nous énumérerons à notre tour.

Le troisième chapitre, consacré à *l'éducation morale*, est supérieurement traité. Là, ce ne sont pas des réformes seulement que réclame notre éminent confrère, ce sont des remèdes. « Le lycée, dit-il, doit être l'image de la famille, le pédagogue doit remplacer le père pour tout ce qui concerne l'éducation des enfants. L'élévation de leurs sentiments, la rectitude de leur jugement, la droiture de leur caractère, la pureté de leurs mœurs et la distinction de leurs manières doivent être l'objet de sa préoccupation constante et, pour rendre le rôle possible, il faut que les établissements d'instruction soient moins nombreux, que les maîtres soient mieux choisis et traités ».

Nous avons tenu à citer ces lignes parce qu'elles montrent l'esprit dans lequel est conçu le livre de M. Rochard et aussi parce que nous ne pouvons nous arrêter aux détails de ce chapitre troisième qui ressortit plutôt à la pédagogie qu'à l'hygiène. Disons cependant que l'auteur veut substituer la persuasion ferme à la dure discipline dont on écrase nos lycéens, et qui les amène à l'hostilité et à la défiance qui les séparent aujourd'hui de leurs maîtres. D'ailleurs la réforme qu'il demande, tout en facilitant le travail des élèves, sera également utile à leur développement physique, puisqu'elle permettra l'expansion plus facile et plus naturelle de leurs facultés. C'est presque encore de l'hygiène.

La dernière partie de ce beau et bon livre traite de *l'éducation intellectuelle.* Aucune des matières enseignées n'échappe à l'investigation judicieuse de l'auteur : langues vivantes et mortes, histoire, géographie, sciences exactes, physiques et naturelles, il les examine successivement et nous montre leur côté faible. Ce chapitre se termine par un exposé des réformes qui ont été proposées pour rendre moins pénible la préparation de nos jeunes gens aux diverses carrières. Voici quelles sont les améliorations qui semblent sourire à M. Rochard.

Une éducation uniforme, quelque chose de plus que l'enseignement primaire, serait donnée à tous les enfants sans exception et occuperait la première période de leur scolarité, soit de 6 à 12 ou 13 ans. A partir de ce moment, il y aurait bifurcation ou plutôt trifurcation. Une section comprendrait les élèves qui se préparent aux écoles du gouvernement, une autre, ceux qui se destinent au commerce et à l'industrie, une troisième ceux qui doivent embrasser des professions libérales.

Ce système a pour auteur un homme distingué qui, sous le pseudonyme de Ferneuil, a publié deux livres intéressants sur l'éducation en France, et il est à peu près adopté par M. Manenvrier dont le livre *l'Education de la bourgeoisie sous la République* a fait l'an dernier une certaine sensation. Seulement ce dernier n'admet qu'une bifurcation de 14 à 19 ans, et ne propose la trifurcation que pour la préparation aux carrières libérales d'un côté, aux carrières industrielles d'un autre côté, enfin aux sciences médicales pharmaceutiques ou agricoles.

M. Jules Rochard accepte à regret le baccalauréat ; il lui plairait de voir les examens de passage devenus, d'ailleurs, plus sévères, se terminer par deux ou même trois examens, séparés chacun par un an d'intervalle, et couronnant la carrière de l'élève dont ce système contrôlerait efficacement le savoir, non une science de hasard acquise par des procédés mécaniques, mais une science acquise par le travail permanent et fructueux.

Une dernière réforme est proposée par M. Rochard. Il voudrait que l'enfant entrât plus tard qu'aujourd'hui au lycée; qu'il se préparât à loisir à la profession qu'il désire embrasser car un officier, un médecin, un avocat, un ingénieur, ne peuvent n'exercer réellement qu'au delà de 25 ans, et, de plus, la préparation trop hâtive pour les concours est préjudiciable à la santé des candidats. Il demande même que, non seulement les programmes soient allégés, mais encore qu'on exige des concurrents l'aptitude à divers exercices du corps (escrime, natation, tir) lesquels entreraient comme éléments dans les concours avec des coefficients suffisamment élevés.

Cette dernière mesure aurait, en outre, le mérite d'éliminer des carrières dans lesquelles il faut une bonne complexion et une bonne vue, les jeunes gens qui manquent de ces deux avantages.

Tel est le plan, telles sont les lignes générales et l'esprit du livre de M. Rochard. Nous l'examinerons prochainement dans ce qu'il présente d'intéressant au double point de vue hygiénique et médical.

(*a suivre*). Dr C. DELVAILLE.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DE L'ŒSOPHAGE.

I. — UN CAS D'ŒSOPHAGOTOMIE POUR CAUSE DE CANCER DE L'ŒSOPHAGE, GUÉRISON, par le Dr A. KNIE. *St-Petersburger medic. Wochenschrift*, 1888, n° 37.

II. — CONTRIBUTIONS CLINIQUES A LA DILATATION RÉTROGRADE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE, par le Dr HAGENBACH. *Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte.* 1889, n° 5.

III. — ŒSOPHAGOTOMIE ET PLEUROTOMIE DANS UN CAS DE CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE, par le Dr G. FISCHER. *Zeitschrift für Chirurgie*, T. XXIX, fasc. 1, p. 99.

IV. — UN CAS DE CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE AVEC FORMATION D'UN DIVERTICULE DE CET ORGANE, par le Dr HOFFMANN. *Deutsche Medic. Wochenschrift*, 1889, n° 19, 378.

V. — DIVERTICULE CONSIDÉRABLE DE L'ŒSOPHAGE, AVEC TERMINAISON FAVORABLE, par le Dr BERKHAN. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 11, p. 227.

VI. — CARCINOME DE L'ŒSOPHAGE, EXTENSION AU CŒUR AVEC GANGRÈNE DE CET ORGANE. MORT PAR EMBOLIE CÉRÉBRALE, par le Dr KLEMPERER. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, n° 19, p. 376.

VII. — Deux cas de cancer de l'œsophage avec perforation de l'aorte, par le prof. Zahn. *Virchow's Archiv*, T. CXVII, fasc. 2, p. 221, 1889.

I. — L'observation de M. Knie concerne une femme de 54 ans, qui fut atteinte, au mois de novembre 1885, d'un mal de gorge, d'une ténacité insolite. Au mois de janvier 1886, cette femme éprouva de la dysphagie. Le médecin qui la vit attribua cette gêne de la déglutition à la présence d'un kyste (?) sur l'épiglotte. On fit une tentative, infructueuse, pour ouvrir ce prétendu kyste.

Au mois de mai suivant, la malade ne pouvait plus déglutir les aliments solides. Quand on lui pratiquait le cathétérisme de l'œsophage, la sonde se heurtait à un obstacle situé à 16 centimètres des incisives. Avec une sonde n° 20, on parvenait à franchir l'obstacle. D'autre part, en examinant la malade, on était frappé de l'allongement du diamètre antéro-postérieur du cou, au niveau du cartilage cricoïde.

On porta le diagnostic de cancer de l'œsophage, et on décida la malade, qui était déjà en état de cachexie, à subir une opération palliative. Celle-ci eut lieu sans encombre, le 27 juin 1886, et consista dans l'œsophagotomie classique. On parvint, sans peine, à jeter une double ligature sur l'artère thyroïdienne, avant de sectionner ce vaisseau. Une fois l'œsophage ouvert, on introduisit par la plaie, un large tube en caoutchouc, à travers lequel on fit passer dans l'estomac, du bouillon additionné d'un œuf.

Les suites de l'opération ont été bénignes; le 12 juillet, au moment où la malade quittait l'hôpital, elle avait repris des forces. Au mois d'août, elle vint en proie à de la gêne respiratoire, qui nécessita une trachéotomie. Bien que la tumeur continuât à se développer, la malade se sentait mieux, et ses forces allaient en augmentant. Mais au mois de juillet 1887, elle fut prise, pour la première fois, d'une hémorrhagie assez abondante, par la fistule trachéale. L'hémorrhagie se renouvela un certain nombre de fois, et la dernière emporta la malade, le 12 octobre 1887. C'est-à-dire que la survie, après l'opération palliative, a atteint une durée de seize mois.

On a reproché à l'œsophagotomie externe d'être une opération dangereuse et d'une exécution difficile, et de plus, impossible à pratiquer en aval du point rétréci dans beaucoup de cas de cancer de l'œsophage, à cause du siége du néoplasme. N'empêche que quand elle est possible, cette opération, à ce que prétend M. Knie, donne des résultats plus satisfaisants que la gastrostomie, dont l'utilité, dans les cas de cancer de l'œsophage est encore fort contestée. Dans le cas relaté ci-dessus, le résultat ne pouvait être meilleur que ce qu'il a été.

II. — Chez un malade atteint, selon toute apparence, d'un cancer de l'œsophage, ainsi que chez un autre sujet qui s'était attiré un rétrécissement de l'œsophage en avalant du vitriol, et dont M. Hagenbach publie les observations, la gastrostomie a été pratiquée, à la clinique chirurgicale de Bâle, non pas pour donner accès aux aliments vers l'estomac par une voie artificielle, mais pour mettre l'opérateur à même de procéder à la dilatation rétrograde de l'œsophage. Dans les deux cas, l'œsophage était rétréci au point de ne livrer passage qu'à des sondes très fines, et les malades étaient menacés de périr d'inanition. Dans les deux cas, un succès complet a couronné l'intervention chirurgicale. Voici en quoi celle-ci a consisté :

Etablissement d'une fistule stomacale en deux temps. Puis, on faisait avaler au patient, un grain de plomb, fixé à un fil. Une fois le grain de plomb parvenu dans l'estomac, on attirait le fil hors de la fistule, et on s'en servait pour faire passer à travers l'œsophage, de bas en haut, un fil de soie un peu fort. Les deux bouts de ce dernier, sortant, l'un par la bouche, l'autre par la fistule, étaient noués ensemble. Au fil de soie, on fixait solidement, en avant de la fistule, une sonde qu'on attirait ensuite de bas en haut, à travers la fistule et le cardia, jusqu'à la partie rétrécie de l'œsophage. Ce cathétérisme rétrograde était répété chaque jour, avec des sondes d'un calibre de plus en plus fort, le fil de soie étant laissé en place, ce qui ne comportait aucun inconvénient.

M. Hagenbach, rapprochant de ces deux faits d'autres analogues, conclut qu'aucun traitement ne donne d'aussi bons résultats, dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, que le procédé de la dilatation rétrograde.

III. — Chez un homme robuste, âgé de 50 ans, qui avait avalé par mégarde un fragment d'os, arrêté dans l'œsophage, M. Fischer avait essayé, mais en vain, de refouler le corps étranger jusque dans l'estomac, à l'aide d'une sonde œsophagienne. Tout d'abord, les souffrances endurées par le patient s'étaient dissipées. Mais au bout de trois semaines, la paroi postérieure du pharynx s'était tuméfiée, d'où dysphagie. En même temps, le côté gauche du cou avait enflé, et le malade avait été pris d'une expectoration fétide. La tuméfaction pharyngienne se dissipa à la suite de scarifications multiples, mais le phlegmon cervical persistait.

M. Fischer crut devoir procéder à l'œsophagotomie; l'opération fut faite le 26e jour après l'accident; elle fut très laborieuse, à cause de l'infiltration inflammatoire des tissus, mais elle n'occasionna qu'une perte de sang minime. La plaie opératoire se détergea, après élimination de masses gangrénées. Il n'y avait pas de fièvre. Néanmoins, le malade ne se rétablissait pas; il continuait d'expectorer des matières fétides. Puis, trois semaines après l'opération, retour de la fièvre, développement d'un empyème septique, à droite. Nouvelle opération, trente-trois jours après la première, et qui n'empêcha pas le dénouement fatal.

L'autopsie fit constater l'existence d'un foyer de gangrène et d'inflammation, dans le poumon droit. La plaie œsophagienne s'était cicatrisée. On ne retrouva pas le corps étranger.

IV. — Dans un but de suicide, un dément avait avalé un fragment de porcelaine et une cuiller à bouche. On put lui retirer la cuiller du gosier, avant qu'elle eût pénétré plus avant; le fragment de porcelaine resta enclavé dans les premières voies. Pour l'extraire, on procéda à la trachéotomie combinée avec la pharyngotomie sous-hyoïdienne. On trouva le corps étranger avec ses bords tranchants fixés sous l'épiglotte et dans les parties adjacentes du pharynx. Il fut extrait sans peine, avec les doigts, par les voies naturelles; ses dimensions longitudinale et transversale étaient de 13 et 14 centimètres. Le patient se sentait très bien après l'opération. Le lendemain, aussitôt après avoir quitté le lit, il s'affaissa et on le trouva mort.

L'autopsie na pas fourni d'explication suffisante de ce dénouement si rapide, mais elle a mis en lumière un fait très intéressant. Au-dessous du pharynx, à la hauteur du pli aryépiglottique, existait un diverticule anfractueux, qui s'étendait entre l'œsophage et la colonne vertébrale, sur une longueur de 14 centimètres. Ce diverticule contenait du pus et des débris alimentaires. Ses parois étaient très épaisses, mais ne comprenaient pas de muqueuse, ce qui a fait supposer à l'auteur qu'il ne s'agissait pas d'un diverticule vrai, mais d'un abcès ouvert dans l'œsophage. La situation élevée de l'orifice de perforation avait empêché la complète évacuation du contenu de

l'abcès. Celui-ci n'avait donc pu guérir, et simulait un diverticule.

L'abcès avait eu vraisemblablement pour point de départ une lésion traumatique du pharynx, éventualité qui se trouve souvent réalisée chez les déments atteints de la manie du suicide.

V. — Ces diverticules de l'œsophage passent pour être incurables; ils exposent ceux qui en sont porteurs à la mort par inanition, dénouement qu'on peut retarder, en nourrissant le le patient à l'aide d'une sonde œsophagienne on encore à travers une fistule stomacale.

L'observation de M. Berkhan présente dès lors un intérêt exceptionnel, en tant qu'exemple de guérison d'un diverticule de l'œsophage. Le sujet de cette observation, un homme, fut pris de dysphagie en 1874. La gêne de la déglutition fit des progrès rapides, et au bout d'une année, le malade ne pouvait plus avaler que des liquides. Il consulta successivement plusieurs médecins, qui portèrent des diagnostics variés : catarrhe de l'œsophage ; rétrécissement de ce conduit ; syphilis ; diverticule. A l'époque (mars 1876) où il se confia aux soins de M. Berkhan, le malade était pâle, amaigri ; il toussait ; après chaque repas, il était pris d'étranglements à la gorge. Sitôt qu'il avait bu, on voyait apparaître, au côté gauche du cou, une poche de la grosseur d'une noix. Puis on percevait une sorte de tintement, en rapport avec l'écoulement du liquide contenu dans cette poche. Quand on comprimait celle-ci, on faisait regurgiter son contenu vers la bouche. L'examen laryngoscopique ne donnait que des résultats négatifs.

Pour remédier à cet état de choses, M. Berkhan eut recours au cathétérisme de l'estomac; seulement, pour franchir le niveau correspondant au diverticule, il eut soin de donner à la sonde une courbure spéciale. L'instrument, bougie en guttapercha, de 8 millimètres 1/2 d'épaisseur, avait son extrémité inférieure recourbée en avant. Quand cette extrémité était parvenue au niveau du diverticule, l'opérateur manœuvrait de façon à la pousser en avant, de façon à refouler en arrière, le rebord du diverticule qui devait faire corps avec la paroi postérieure de l'œsophage. La tentative réussit. En l'espace de quatre mois, il y eut 71 séances de cathétérisme. Le malade s'est rétabli et pouvait de nouveau ingérer toute espèce d'aliments. Toutefois, quand il buvait, on percevait un tintement métallique au siège du diverticule.

VI. — Il est fréquent que, dans les cas de cancer de l'œsophage, le néoplasme envahisse les organes de voisinage, et finisse par occasionner une perforation dans le médiastin, dans les bronches, dans le péricarde voire dans l'aorte. M. Klemperer a observé un mode de terminaison d'un cancer de l'œsophage, dont il n'existait pas, jusqu'alors, d'exemple dans les recueils de la littérature médicale.

Le fait concerne un homme de 51 ans, bien portant jusqu'au mois de juillet 1888, et qui, à cette époque, remarqua que ses aliments avaient de la peine à descendre jusque dans l'estomac. Il se fit admettre à l'hôpital de la Charité, de Berlin, au mois d'octobre suivant. On l'alimenta à travers une canule à demeure, en ne lui ingurgitant que des aliments liquides. La canule fonctionna bien jusqu'au 23 octobre ; ce jour-là elle s'obstrua à la suite d'un écart de régime dont se rendit coupable le malade. On la réintroduisit, après l'avoir désobstruée, et ainsi deux autres fois. A partir du 18 décembre, le malade pouvait avaler les aliments liquides sans le secours de la canule. Le 6 mars de la présente année, le malade avait augmenté de 10 livres 1/2 depuis son entrée à l'hôpital.

Ce même jour, le malade fut pris d'un violent frisson, d'un quart d'heure de durée. T. 39°9. P. 28. Dyspnée intense. La nuit suivante fut très agitée. Le lendemain, la température interne était de 40°1. P. 132. L'examen des poumons et du cœur ne révélait rien d'anormal. Deux frissons, dans le courant de la journée. La fièvre persista jusqu'à la mort. La veille et le jour du décès (10 mars), on ne percevait aucun signe anormal, à l'examen du cœur et des poumons. Mort dans le coma, précédé d'un véritable ictus apoplectique, avec paralysie des quatre membres.

A l'autopsie on trouva un cancer envahi par la gangrène, entourant l'œsophage en forme de gouttière, sur une hauteur de 6 centimètres, au niveau de la bifurcation de la trachée. La gangrène s'était propagée à l'oreillette gauche, au-dessus du point où le péricarde pariétal se repliait pour devenir feuillet viscéral. La paroi auriculaire était gangrenée dans un espace circonscrit, du diamètre d'une pièce de 10 pfennigs. Il n'y avait pas eu perforation à ce niveau, mais formation de caillots secondaires et d'embolies artérielles. Celles-ci occupaient la convexité des deux hémisphères, les méninges molles (foyers hémorrhagiques pénétrant dans la substance cérébrale, encéphalite hémorrhagique multiple), les reins, la rate et le foie.

En somme, la fièvre des derniers jours trouvait son explication dans la survenance d'une sorte d'endocardite ulcéreuse, et l'ictus apoplectique terminal, dans les embolies multiples des deux hémisphères cérébraux.

VII. — Les cas de perforation d'un cancer de l'œsophage dans l'aorte sont très rares ; M. Zahn n'en connaît que deux exemples, l'un de Bucquoy (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1855, p. 280), l'autre de Lancereaux (*ibid*, 1861, p. 296). Le professeur de Berne a eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre, dont il donne la relation nécroscopique. Dans les deux cas, la perforation de l'aorte avait été la conséquence d'une extension directe du néoplasme à la paroi de l'artère, comme cela avait eu lieu dans l'observation de Lancereaux, tandis que dans l'observation de Bucquoy, la perforation de l'aorte paraît avoir eu pour cause occasionnelle le cathétérisme de l'aorte. Pour ce qui concerne les détails de ces deux faits, je crois devoir renvoyer un document original.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

La grippe infectieuse a Oyonnax par le Dr Ch. Fiessinger, in-8° de 188 pages avec un plan et 72 tracés lithographiés (Paris, 1889, O. Doin éditeur).

C'est une étude des plus intéressantes que celle de M. le Dr Fiessinger sur la grippe observée à Oyonnax (Ain).

Oyonnax est une petite ville de 4000 habitants, située à 540 mètres d'altitude, aux pieds des montagnes du Jura. Les hivers y sont longs, les variations de température brusques. Les épidémies de grippe apparaissent fréquemment à la mauvaise saison. Ainsi en février 1887, nombre d'enfants sont frappés. La maladie dure jusqu'en mai, atteint une cinquantaine d'enfants et en emporte trois qui meurent de bronchopneumonie. Jusqu'en janvier 1888, la grippe ne fait plus parler d'elle. Deux cas isolés (chez un enfant de 2 ans et chez un autre de 15 mois) se manifestent le 25 janvier et le 4 février 1888. Puis le 20 février 1888, par un temps brumeux, la terre restant couverte de neige, l'épidémie se déclare.

Une trentaine d'enfants s'alitent successivement depuis le

20 février, jusqu'aux premiers jours d'avril. Ils ont une toux quinteuse, pénible. Le ventre se ballonne. La température chez la plupart d'entre eux dépasse 40°.

A partir d'avril l'épidémie décline. Quelques grippes isolées la prolongent néanmoins jusqu'au mois d'août. Le mois de septembre et celui d'octobre sont indemnes, à de rares exceptions près. Mais, fin novembre, la maladie réapparait tout à coup très violente, en s'attaquant à de grandes personnes.

C'est cette nouvelle phase de l'épidémie qui a été, de la part de M. Fiessinger, l'objet d'une étude attentive (1).

La maladie ayant immédiatement revêtu un caractère infectieux de la plus haute gravité, l'auteur lui a donné le nom de grippe infectieuse pour bien établir qu'il ne s'agit pas là d'une maladie bénigne se terminant par la guérison, comme la dénomination de grippe simple pourrait le faire entendre.

La maladie, après avoir atteint son maximum de fréquence au mois de décembre, a décliné dans les mois de janvier et de février, pour prendre un nouvel essor à la fin de mars et au commencement d'avril.

Dans ce travail, riche de 109 observations avec 83 courbes thermométriques, M. Fiessinger a pu constater que les conditions climatériques qui provoquent l'apparition de la grippe semblent être les mêmes que celles qui favorisent le développement de la pneumonie, car les pneumonies de novembre 1888 au mois d'avril suivant, se manifestèrent de préférence dans les quartiers les plus éprouvés de la grippe. Ces pneumonies présentaient souvent un caractère infectieux très grave et la localisation pulmonaire du mal s'accompagnait de violents maux de tête et de diarrhées plus ou moins fortes.

La ligne de démarcation qui séparait la grippe des pneumonies n'était pas toujours nettement tranchée, et certains cas intermédiaires pouvaient faire hésiter le diagnostic. Il en était de même pour la fièvre typhoïde. C'est pourquoi, d'après l'auteur, si par ses complications pulmonaires, la grippe se rapproche de la pneumonie, par ses symptômes généraux elle aurait aussi plus d'un trait d'union avec la fièvre typhoïde.

Durant les mois que la grippe exerça ses ravages, on constata en même temps des érysipèles, des septicémies puerpérales, des angines infectieuses, ces dernières s'accompagnant d'une prostration énorme des forces et guérissant en 2 et 3 jours, des rougeoles et des diphtéries. Si donc « le microbe de la grippe bénificiait de certaines conditions climatériques, ces dernières produisaient leurs effets virulents sur bien d'autres végétations microbiennes ». Pour tout dire, en un mot, la constitution médicale était infectieuse.

Telles sont à peu près textuelles les conclusions auxquelles est arrivé M. Ch. Fiessinger dans son important et si consciencieux travail.

P. F.

BULLETIN

L'ÉPIDÉMIE RÉGNANTE : GRIPPE OU DENGUE ? — CONDITIONS ET AGENTS PATHOGÉNIQUES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Lorsque l'épidémie qui règne actuellement dans la plupart des capitales de l'Europe a débuté à Saint-Pétersbourg, les médecins de cette ville ont hésité à se prononcer sur la nature de la maladie qu'ils avaient à combattre. Leur première impression semble avoir été que la *dengue* s'était propagée de Constantinople, Salonique ou Athènes jusque dans leurs murs, et c'est ainsi que, dans le numéro de la *Gazette médicale* du 30 novembre dernier, nous avons annoncé, sous toutes réserves, cette extension de la dengue à Saint-Pétersbourg. Puis un revirement d'opinion paraît s'être fait, l'épidémie a été plutôt rapportée à la grippe et, nous basant sur les nouvelles les plus récentes, nous avons pu dire, dans le numéro de la *Gazette* du 7 décembre, que c'est la grippe qui régnait épidémiquement dans la capitale de la Russie.

La discussion qui vient d'avoir lieu, soit à la Société médicale des hôpitaux, soit à l'Académie de médecine, sur ce qu'on observe en ce moment à Paris, explique les hésitations des confrères russes qui ont été appelés les premiers à se prononcer sur les caractères ou la nature de l'épidémie.

A ce sujet, les questions qui se posent sont les suivantes :

1° La grippe et la dengue sont-elles deux maladies distinctes, ou constituent-elles une seule et même maladie se modifiant suivant les climats ?

2° La grippe et la dengue peuvent-elles se développer simultanément à l'état épidémique dans la même région et, dans ce cas, peuvent-elles s'associer, se combiner, de manière à constituer comme une forme hybride des deux maladies ?

3° Si les deux maladies sont entièrement distinctes l'une de l'autre, assistons-nous actuellement à une épidémie de grippe ou de dengue ?

Pour qu'on soit autorisé à poser la première question, il faut évidemment que les deux maladies présentent des symptômes communs. Mais nous ajouterons de suite que la symptomatologie ne suffit pas pour caractériser la nature d'une maladie. A défaut de l'anatomie pathologique, qu'on ne peut pas plus invoquer pour la dengue que pour la grippe, du moins dans l'immense majorité des cas, quand il ne survient pas de complications, on doit faire intervenir les conditions étiologiques, le mode d'extension et aussi ce que l'histoire nous a appris sur les épidémies antérieures. A ces divers points de vue, la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, nous semble permettre de résoudre la question, sans qu'on soit obligé d'attendre, comme le propose M. Proust, un complément de renseignements venu des autres capitales de l'Europe.

Beaucoup de maladies ont des symptômes communs, et ce n'est pas seulement avec la grippe que la dengue présente des points de contact ; on a pu la confondre, ici avec la scarlatine, là avec la rougeole, ailleurs avec la fièvre jaune. Ces analogies et les erreurs auxquelles elles donnent lieu, tiennent à la multiplicité des formes que, suivant une foule de conditions, peut revêtir une même maladie. Aussi, quand on veut comparer l'une à l'autre deux entités morbides, ce ne sont pas les formes rares, insolites, plus ou moins exceptionnelles qu'il faut choisir, mais celles qui se rapprochent le plus du type habituel, du type normal. En ce qui concerne l'épidémie actuelle, les éruptions diverses qu'on a observées et qui ont fait songer à la dengue, ne se sont montrées en définitive que dans un nombre de cas fort restreint et n'ont jamais présenté les caractères qui ont fait donner à la dengue le nom de *fièvre rouge*. Si l'on envisage avec le même esprit critique les symptômes communs aux deux maladies, on reste convaincu qu'une part beaucoup plus considérable doit être faite aux phénomènes qui les différencient. Nous ne saurions entrer ici dans les détails de cet examen comparatif, mais nous croyons pouvoir conclure que, symptomatiquement, la grippe et la dengue sont deux maladies distinctes.

Cette séparation des deux états morbides semble au-dessus

(1) Les lecteurs de la *Gazette médicale* se souviennent sans doute du travail que M. Fiessinger a publié dans le n° du 30 mars dernier, sur la fluxion parotidienne qui peut se produire dans la grippe.

de toute objection si l'on considère, suivant le programme tracé plus haut : — d'abord les conditions ou d'habitude elles se développent, la dengue dans les climats chauds et de préférence pendant l'été ou l'automne, la grippe dans les climats froids ou tempérés, plus fréquemment au printemps ou en hiver ; — ensuite le mode de propagation, la dengue se transmettant d'homme à homme et suivant, par conséquent, pour passer d'un lieu à un autre, les voies de communication, la grippe franchissant les espaces avec une rapidité que ne sauraient atteindre les communications humaines, ne laissant aucune trace de passage dans les lieux intermédiaires entre son point de départ et son point d'arrivée, et frappant ici simultanément des milliers d'individus; — enfin l'étiologie ou la pathogénie, la dengue, évidemment contagieuse et probablement de nature microbienne, la grippe essentiellement épidémique, non contagieuse, se développant sous des influences purement atmosphériques.

La solution de la seconde question est plus difficile que celle de la première, parce que les faits sur lesquels on pourrait s'appuyer font défaut. C'est la première fois, en effet, qu'on voit la grippe envahir l'Europe pendant que la dengue règne encore dans certaines régions méridionales de cette partie du monde. Jusqu'à présent les deux maladies, malgré leur tendance à s'étendre, ne paraissent pas s'être rencontrées sur le même terrain. Cela peut arriver sans doute, et il sera alors intéressant de rechercher si elles se développent parallèlement, ou si elles exercent l'une sur l'autre une influence quelconque. En tout cas, l'état sanitaire actuel de Paris ne nous permet pas d'entreprendre de semblables recherches.

Ceci nous conduit à dire, pour répondre à la troisième question, que nous assistons à une épidémie, non de dengue, mais de grippe. Ce mot, détourné de son sens primitif, ne réveille plus en nous que l'idée de catarrhe pulmonaire et voilà pourquoi, comme l'a fait justement observer M. Brouardel, quelques-uns ne reconnaissaient plus la grippe dans l'espèce morbide que nous observons en ce moment. Mais si, avec notre savant confrère, on remonte à l'histoire des épidémies antérieures, on reste bientôt convaincu que celle-ci rentre complètement dans le cadre de la description laissée par nos devanciers.

Quoi qu'il en soit de la discussion précédente et de la solution définitive à donner aux questions posées plus haut, on peut dire, avec M. Proust, qui a eu raison d'insister sur ce point, que l'épidémie actuelle est des plus bénignes, et ne saurait alarmer la population.

— Dans sa courte argumentation, M. Bouchard a dit incidemment que la grippe, primitivement spontanée, peut devenir secondairement transmissible. Il y a longtemps que nous professons cette opinion pour des maladies auxquelles on refuse généralement la spontanéité, le typhus, par exemple. Aussi nous relevons avec plaisir la phrase incidente de M. Bouchard, avec l'espoir qu'il saisira une prochaine occasion de développer sa pensée. Sous l'influence de la grippe, tel élément, tel microbe acquerrait-il des propriétés pathogènes qui rendraient compte de la contagiosité ultérieure de la maladie? La chose nous semble parfaitement admissible, et elle vient d'être à peu près démontrée en ce qui concerne le *bacillus coli communis* qui existe normalement dans l'intestin et qui, devenu pathogène dans des circonstances qu'il reste à déterminer, partagerait, avec le bacille d'Eberth, la propriété de transmettre la fièvre typhoïde. Dans un travail très intéressant, communiqué par MM. A. Rodet et G. Roux, à la Société des sciences médicales de Lyon, ces auteurs ont rapproché différentes observations et expériences, confirmées par M. Arloing, d'où ils concluent, ou que les deux bacilles sont deux variétés d'une même espèce, ou que le *bacillus coli communis* peut devenir virulent; cette seconde hypothèse leur paraît plus probable.

On se rendrait mieux compte ainsi des oscillations saisonnières que présente habituellement la morbidité typhoïdique, en particulier dans l'armée. Dans une récente *Etude sur l'état sanitaire de l'armée autrichienne de* 1878 à 1887, M. Louguet, après avoir montré, à l'aide des documents qu'il a eus sous les yeux, que la théorie de Pettenkoffer et la doctrine hydrique sont impuissantes à rendre compte de la morbidité de l'armée autrichienne en égard à la fièvre typhoïde, ajoute : « L'évolution annuelle de la fièvre typhoïde dans l'armée autrichienne se montre ce qu'elle est en France : étudiée d'après la morbidité, sur plusieurs années, elle montre un maximum en janvier (incorporation en octobre) et un second maximum en août et septembre. Le second maximum est de cause professionnelle (manœuvres) aussi bien que saisonnière. Il est cependant à remarquer que le surmenage est très rarement invoqué comme facteur typhoïgène. L'encombrement l'est encore moins; ne se produit-il réellement qu'à titre exceptionnel dans une armée qui, deux fois moins forte que la nôtre, est répartie sur un territoire égal à celui de la France, en un grand nombre de petites garnisons? Cela est vraisemblable. »

Les médecins militaires ont constaté qu'il est des casernes, ou même des chambres d'une même caserne qui sont comme des foyers permanents de fièvre typhoïde. L'eau de boisson ne saurait être incriminée car, en donnant aux soldats de l'eau pure de tout germe typhique, le nombre des cas d'infection ne diminue pas. Par contre, si l'on désinfecte convenablement, dans chaque chambre, les murs, les planchers, la literie, les vêtements, etc., la maladie décroît, puis disparaît complètement. Il faut en conclure que l'agent contagieux existe en permanence dans l'habitat et de fait, si on analyse les poussières des planchers et de l'entrevous des chambres, on y trouve, parmi une foule de microbes, le bacille typhique. Ces recherches d'un haut intérêt, dues à un médecin militaire russe, M. Chour, ont été communiquées par M. Vaillard, à la Société médicale des hôpitaux.

On voit, par les quelques travaux que nous venons de mentionner, combien sont multiples les conditions étiologiques de la fièvre typhoïde, conditions prédisposantes (incorporation dans l'armée, fatigues, surmenage, encombrement, influences saisonnières), facteur intrinsèque (*bacillus coli communis*), facteur extrinsèque (bacille d'Eberth) ayant pour véhicule l'eau de boisson, les poussières, etc.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Statistique de l'enseignement supérieur en France et en Allemagne. — Le nombre des étudiants ne cesse de s'accroître en France et en Allemagne. Suivant le professeur Petersilie, il a doublé en Allemagne depuis 1869. D'après la statistique publiée par le ministère de l'instruction publique, le nombre des étudiants en médecine a également doublé en France depuis les dix dernières années. Il était de 6455, en 1888.

On compte 1657 étudiants à Halle, 924 à Fribourg, 854 à Gœttingue, 850 à Strasbourg, 783 à Marbourg, 780 à Kœnigsberg; Berlin en a 5731, dont 847 théologiens, 1646 juristes,

1373 médecins et 1865 philosophes. Sur les 5731 étudiants de Berlin, 5009 sont Allemands et 632 seulement sont étrangers. Ces derniers comprennent, entre autres, 121 Russes, 76 Suisses et 11 Français. On voit qu'il n'y a pas à l'Université de Berlin l'affluence d'étrangers qu'on pourrait supposer; les craintes exprimées récemment par M. Féréol peuvent donc, si l'on veut, être facilement conjurées. L'Université de Berlin compte en outre 59 étudiants de moins que l'an dernier. Par contre, les universités de province sont en progrès. Cela indique une tendance à un mouvement de décentralisation.

En France, malgré le nombre croissant des étudiants en médecine, le nombre des docteurs reçu annuellement reste à peu près stationnaire. Celui des officiers de santé tend de plus en plus à diminuer. Il était autrefois de plus de 200; il n'a été que de 80 en 1888.

— Projet de décret relatif a l'avancement des médecins de la réserve et de la territoriale. — Nous croyons savoir qu'il serait sérieusement question, au ministère de la guerre, de préparer un décret portant règlement sur l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

On sait qu'actuellement cet avancement est affaire de hasard, de chance, et qu'il dépend entièrement du bon vouloir de la direction du service de santé. Or, il nous revient que le directeur de ce service, M. Dujardin-Beaumetz, serait le premier à désirer de voir l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale se faire conformément aux règles générales de l'avancement pour les officiers de toutes armes de l'armée active.

Si, comme il faut l'espérer, M. le ministre de la guerre partage les vues de son collaborateur, l'état de choses actuel prendra bientôt fin. Les médecins de la réserve et de la territoriale arriveront régulièrement, et assez vite, au troisième galon — au fur à mesure des vacances produites — pour peu qu'ils s'en donnent la peine, c'est-à-dire pour peu qu'ils se montrent capables de faire convenablement leur service. On ne verrait donc plus, ce qui est assez fréquent aujourd'hui, des médecins de la territoriale quitter l'armée sans avoir dépassé le galon d'aide-major de 2e classe.

Il y a là, manifestement, une situation anormale qui devait cesser. (*Bulletin médical*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Gross, professeur de clinique interne, a été élu membre du conseil académique, en remplacement de M. Cose admis à la retraite.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Lemoine, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

Un congé, sans traitement, pour la présente année scolaire, est accordé à M. le Dr Lenglet, suppléant des chaires de médecine.

***

— Le ministre de l'intérieur a décerné des médailles d'argent à MM. les Drs Ferrand et Lejenne, médecins militaires, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Dinan en 1889.

— Par décision ministérielle, en date du 11 novembre 1889, M. Dieu, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille, est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles. M. Dieu remplira en même temps les fonctions de membre du comité technique de santé.

— M. le Dr Tapie est nommé médecin du lycée Buffon (emploi nouveau).

M. le D. P. Delbet est nommé chirurgien du lycée Buffon (emploi nouveau).

***

Assistance publique. — M. Marc Sée atteint par la limite d'âge quitte la maison de santé. Il est remplacé par M. Schwartz. Ce dernier est remplacé à Bicêtre par M. Segond, qui quitte le Bureau central.

— MM. Empis et Labric se trouvant atteints par la limite d'âge, les mutations suivantes vont avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux.

M. Labbé passe à l'Hôtel-Dieu; M. d'Heilly à l'hôpital des Enfants; M. Robert Moutard-Martin à la Maison de santé; M. Sevestre à l'hôpital Trousseau; M. Hutinel aux Enfants-Assistés; M. Straus à la Pitié; M. Letulle et M. Brissaud à Saint-Antoine; M. Muselier à Tenon, M. Merklen à Sainte-Périne et M. Faisans à Larochefoucault.

— Dans sa dernière séance la Société médicale des hôpitaux a désigné M. Dumontpallier pour la représenter dans le Conseil de l'Assistance publique, en remplacement de M. Siredey, démissionnaire.

— L'Assistance publique vient d'ouvrir à l'hospice des Enfants-Assistés, 74 rue Denfert-Rochereau, une consultation de chirurgie et d'orthopédie, sous la direction de M. Kirmisson. Cette consultation a lieu les mardis, jeudis et samedis à 9 heures; elle sera publique, et M. Kirmisson donnera les renseignements cliniques que comporteront les malades qui se présenteront à cette consultation.

***

L'eau de source à Paris. — M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi ayant pour objet la déclaration d'utilité publique des travaux à exécuter par la ville de Paris pour le captage, la dérivation et l'adduction à Paris des eaux de source de la Vigne et de Verneuil.

***

Société d'Anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (Ecole pratique). — Sixième conférence annuelle Broca le jeudi 26 décembre 1889, à 4 heures de l'après-midi. — M. le Dr Georges Hervé : *Les prétendus quadrumanes.* — M. le Dr Mathias-Duval : *Rapport sur le prix Godard.* — M. le Dr Chervin : *Rapport sur le prix Bertillon.*

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Tubage du larynx ou intubation, par le Dr E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-8° de 76 pages avec figures dans le texte. Prix : 4 fr. — Aux bureaux du *Paris médical*, rue de l'Odéon, 16, Paris.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1888, par Bourneville, médecin de Bicêtre, Courbarien, Raoult, Sollier, internes du service. 1 vol. in-8° de LIX-92 pages avec 25 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. — Bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

La créoline (Créoline Jeyes), ses propriétés antiseptiques, désinfectantes et prophylactiques, sa nature non toxique, ses applications dans la thérapeutique, la médecine vétérinaire et l'hygiène. Résumé succint des études scientifiques et des recherches expérimentales en France et à l'étranger.—Typographie A.-M. Beaudelot, 1, place des Vosges.

Du traitement des anévrysmes externes, par le Dr P. Delbet, prosecteur de la Faculté de médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux. 1 vol. grand in-8 de 275 pages. Prix : 5 fr. — Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière, par le Dr S. Catoir, ex-préparateur d'histologie à la Faculté libre de médecine, une brochure in-8° de 114 pages avec figures dans le texte. — Imprimerie L. Danel à Lille.

Travail du laboratoire de physiologie. — Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal, par le D Victor Gom bert. 1 vol. in-8 de 108 pages avec une planche hors texte. Prix : 3 fr. 50. — Camille Coulet, libraire à Montpellier et G. Masson, libraire, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Notice et statistique des cures par les eaux ferrugineuses aux stations de Spa (Belgique) et Chiatamone (Naples), année 1888, n° 1. 1 vol. in-8° de 50 pages écrites en français et en italien. — Librairie Lebrun, imprimeur à Spa (Belgique).

Traité des fibromes de la paroi abdominale, par Léon Labbé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon,e t Charles Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol.in-8° avec figures dans le texte. Prix : 7 francs. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'atonie intestinale et ses complications, par le Dr Charles Malibran, médecin consultant aux eaux de Plombières. 1 vol. de 350 pages, in-8° broché. Prix : 5 fr. — A. Coccoz, libraire-éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

La déclaration des causes de décès et des maladies épidémiques, par le Dr Alphonse Jaumes, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier. Une brochure in-8° de 27 pages. — Typographie et lithographie Charles Boehm, à Montpellier (Hérault).

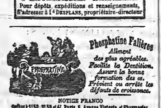
BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 NOVEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 51. — Variole, 0. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 13. — Diphtérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses, 46. — Antres, 4. — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 79. — Bronchite aiguë, 45. — Bronchite chronique, 57. — Broncho-pneumonie, 38. — Pneumonie, 103 — Gastro-entérite des enfants : Sein, 13 — Biberon, 35. — Diarrhée au-dessus de 5 ans, 4. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Antres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 48. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 5. — Autres causes de mort, 201. — Causes inconnues, 17. — Total : 1188.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3





GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GENERALE

Des applications de la méthode antiseptique au traitement des maladies de la plèvre, par M. H. Barbier.

On n'en est plus à compter aujourd'hui les conséquences des théories de Pasteur sur les germes. Pour qui a vu les services de la chirurgie, il n'y a guère plus de dix ans, et qui les compare à ceux d'aujourd'hui, il y a plus qu'un progrès, il y a une révolution.

Les effets de la méthode antiseptique n'eurent pas seulement pour résultat d'atténuer et de faire disparaître les accidents consécutifs aux plaies opératoires ou autres, elles ouvrirent encore aux entreprises chirurgicales un champ immense. L'ouverture des articulations et des cavités séreuses, regardées jusque-là comme des opérations téméraires et le plus souvent mortelles, entraient naturellement et sans opposition dans la pratique courante, tant les résultats obtenus par la nouvelle méthode de pansement s'imposaient par leur nombre et leur qualité.

Mais l'antisepsie ne devait pas rester limitée seulement aux choses de la chirurgie. On entrevoit depuis quelques années tout un avenir d'antisepsie appliquée à la médecine et dans ce mouvement en avant bien des doctrines ont dû s'incliner et disparaître devant les faits.

De ce nombre est l'ouverture du pyothorax, et son traitement. Le temps n'est pas loin où la pleurotomie, considérée comme une opération redoutable et presque toujours mortelle, était reléguée au nombre de ces opérations tardives, dans lesquelles, le médecin, la main forcée par l'imminence des accidents, n'avait plus confiance ni dans son malade, ni dans son remède.

L'application des pansements antiseptiques a remis en la place qu'elle doit désormais tenir l'opération de la pleurotomie.

Le but de cette revue est de parcourir et de consigner les résultats fournis dans ces dernières années par l'application de la méthode antiseptique au traitement des maladies de la plèvre. Au premier rang de celles-ci se place évidemment la pleurésie purulente.

Mais nous verrons qu'indépendamment de la pleurotomie antiseptique, on a appliqué d'autres procédés à la cure des affections pleurales. Et le pneumothorax, les pleurésies infectieuses proprement dites, ont eu leur part dans les nouvelles méthodes de traitement.

Nous passerons d'abord en revue les résultats obtenus par la pleurotomie antiseptique ; puis les opérations dirigées contre les épanchements consécutifs au pneumothorax ; enfin, les tentatives faites dernièrement dans la cure des pleurésies infectieuses.

I

Applications de l'antisepsie au traitement de la pleurésie purulente. — Pleurotomie antiseptique.

A une époque où l'antisepsie n'existait pas encore, ce n'est pas sans hésitation que les médecins se décidèrent à ouvrir la plèvre dans le cas de pleurésie purulente ; cette opération,

---

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

(Suite et fin. — Voir les deux derniers numéros.)

VII. — Il serait à désirer que chaque région eût son historiographe au point de vue médical. L'arrondissement de Château-Gontier vient de trouver le sien en la personne de M. Adrien Freulon qui, sur les conseils de M. le professeur Laboulbène, a pris pour sujet de sa thèse : *L'arrondissement de Château-Gontier, sa topographie médicale, son hygiène, ses épidémies* (1).

Pourquoi d'autres candidats ne suivraient-ils pas cet exemple ? Ils feraient là une œuvre fort utile et qui cependant n'est pas des plus difficiles à accomplir. Il suffit de s'entourer de documents faciles à se procurer. L'auteur, que je suppose être du pays même qu'il va décrire, connaissant la région, donnera des renseignements précis. Son travail présentera au moins quelques détails ignorés, mis en œuvre par une plume compétente. Cela ne vaudrait-il pas mieux que de bâcler une thèse sur un sujet de médecine quelconque, étayée de faits plus ou moins apocryphes, appuyée d'une érudition de seconde main, au total encombrant souvent la science plutôt qu'elle ne sert à élucider un chapitre de pathologie ?

Le plan adopté par M. Freulon est d'ailleurs des plus vastes et des plus complets. Il comprend en effet la géographie, l'histoire, la minéralogie et la zoologie, l'orographie, l'étude du sol arable, des bois et des forêts, et l'hydrographie : eaux courantes et bassins, eaux stagnantes, eaux potables, eaux minérales. Puis vient un coup d'œil sur le climat et les saisons. La Flore et la Faune du pays (y compris les animaux nuisibles, tels que les vipères) s'y trouvent étudiées. Sous ce titre générique : *Physiologie et Hygiène*, on expose les caractères de la population, ses préjugés médicaux. L'hygiène des villes forme un chapitre, à côté d'un autre chapitre sur l'hygiène des campagnes.

La *Démographie* vient à son tour montrer l'état actuel de la population en même temps que le mouvement de cette population.

Puis nous arrivons aux épidémies : dysentérie, diphtérie, fièvre intermittente, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine et variole.

(1) Chez H. Leclerc, éditeur, à Château-Gontier, 1889.

considérée comme redoutable, était réservée aux cas désespérés, et on n'y avait recours qu'à la dernière extrémité, alors que les autres moyens en usage, ponctions. canule à demeure, drainage, avaient échoué. Le temps n'est pas encore si loin où la pleurotomie avait des adversaires convaincus.

Aujourd'hui, à l'abri que nous sommes, par la méthode antiseptique, contre les complications du fait de l'ouverture des cavités suppurantes, nous savons que la pleurotomie peut donner et donne des résultats excellents, et non seulement le champ de ses indications s'est considérablement agrandi, mais *le moment* de l'intervention s'est trouvé prodigieusement avancé. D'une opération d'urgence, de main forcée, la pleurotomie est devenue une opération de choix, un procédé de traitement. L'usage des injections boriquées, phéniquées et salicylées, ne remonte guère à plus de douze ans; et du même coup, la mortalité de l'empyème, de 33 p. 100 tombait à 12 p. 100 (1).

Le but de la *pleurotomie dite antiseptique* est d'ouvrir par l'incision costale un passage au pus, *avec un seul lavage de la plèvre*. On incise la paroi thoracique, le plus bas possible, pour permettre l'issue du pus et on applique un pansement de Lister. Bien entendu, l'opération est faite sous le spray phéniqué, et on s'entoure, du chef des aides et des instruments, de toutes les précautions antiseptiques ordinaires.

Mlle Krafft (2), dans sa thèse, a réuni 19 observations de pleurotomie chez l'adulte, dont 7 seulement de pleurotomie antiseptique. Ces 7 malades furent complètement guéris.

Sur les 12 autres, il y eut 10 guérisons et 2 morts, et on fit des lavages antiseptiques de la cavité pleurale : l'acide phénique à 3 p. 100, l'acide borique en solution concentrée, l'acide salicylique au 300e, furent les solutions antiseptiques employées.

Les accidents et inconvénients qui résultent du fait des lavages répétés de la cavité pleurale sont nombreux. Après chaque lavage, dans les observations que je viens de citer, on notait une augmentation de température.

La durée moyenne du traitement est augmentée, elle est en moyenne de quatre mois, et le nombre des fistules est de 5 sur 55 cas. De plus, il faut, pour ces injections, s'entourer de précautions telles qu'elles ne sont guère réalisables dans la pratique hospitalière; enfin, l'action de substances irritantes, telles que l'acide phénique, sur une plèvre enflammée n'est pas sans inconvénient et semble, dans certains cas, avoir provoqué des crises épileptiques (Obs. XI et XII de la thèse de Krafft).

Tout ce qui précède s'applique, bien entendu, aux cas de pleurésie purulente sans fétidité du pus; circonstance qui commande, au contraire, l'usage des injections modificatrices.

L'incision de la plèvre avec un seul lavage et pansement antiseptique semble donc être la méthode de choix dans l'opération de l'empyème. Mais ce n'est, dans l'appréciation des résultats, qu'un des côtés de la question. Il y a à tenir grand compte aussi du *moment* où on intervient, époque plus ou moins tardive eu égard au début de la maladie.

A ce sujet, on peut dire dès maintenant que l'opinion est formée. Autrefois, nous l'avons vu, on opérait le plus tard possible ; aujourd'hui, on tend à opérer le plus tôt possible. A cet égard, les tableaux qui résument les observations dans la thèse de Krafft sont des plus instructifs. En voici le résumé :

1° *Pleurotomie antiseptique* TARDIVE A LAVAGES RÉPÉTÉS : 7 cas sur lesquels il y a :

Guérisons complètes	2
Guérisons avec fistules	3
Mort	2

2° *Pleurotomie antiseptique* TARDIVE A UN SEUL LAVAGE ; 4 cas dont :

Guérisons complètes	4

3° *Pleurotomie* ANTISEPTIQUE PRÉCOCE A LAVAGES RÉPÉTÉS : 10 cas dont :

Guérisons complètes	6
Indéterminée	1
Mort	3

4° *Pleurotomie antiseptique* PRÉCOCE A UN SEUL LAVAGE : 3 cas, trois guérisons complètes.

Ce qui ressort de ces tableaux, c'est d'abord que l'intervention précoce dans la pleurésie purulente est préférable à l'autre. On trouve, dans la thèse de Sédillot (1), des observa-

(1) Traitement de l'empyème par la pleurotomie antiseptique. — Krafft. Thèse de doctorat. Paris 1884. Qui résume tous les travaux anglais et allemands parus jusqu'à ce jour.

(2) Il ne sera pas question dans cet article de l'opération d'Estlander.

(1) Th. d'agr. Cité par Moutard-Martin et par Krafft.

Enfin le travail se termine par un coup d'œil sur l'organisation médicale, nombre des médecins et des pharmaciens, sociétés médicales, hôpitaux, inspection des enfants en nourrice. Le tout est agrémenté de très profitables conseils sur la vaccine, sur l'utilité de l'instruction morale intellectuelle et physique, sur les dangers de l'alcoolisme, sur les bienfaits d'une bonne hygiène.

Cette étude présente mieux que d'excellentes intentions ; elle pourra rendre des services.

VIII et IX. — Voici deux coquets petits volumes dont nous parlons dans cette Revue, parce qu'ils nous semblent s'adresser à un public bien plus étendu que le public strictement médical. Le premier qui a pour titre : *Les Dents de nos enfants* (1), donne d'excellents conseils aux mères de familles. L'auteur M. Alfred Bramsen, date son avant-propos de Copenhague, mais il nous fait présenter son livre par un professeur adjoint à l'École et à l'Hôpital dentaire de Paris, M. R. Heidé, — qui, dans sa préface, nous apprend que ce petit traité « vient combler une véritable lacune ».

Lecteurs, ajoute-t-il, ce sont vos bébés qui vous tendent leurs mains et vous supplient de prendre connaissance des conseils qui leur épargneront l'affreux mal de dents et les nuits blanches. Par leur gracieux sourire et leur bonne santé vous serez mille fois récompensés du temps que vous aurez employé à lire ce livre. »

Que pourrais-je ajouter à un pareil éloge?

Le deuxième volume s'occupe des *maisons d'habitation*, de leur construction et de leur aménagement selon les règles de l'hygiène (1). L'auteur est le Dr W. H. Corfield, professeur d'hygiène à « *University* » *Collège* de Londres.

Son livre « qui avait primitivement fait l'objet d'un cours devant *The Society of Arts*, » donne, sous une forme abrégée, les moyens d'aménager une habitation d'une manière saine et confortable.

Il étudie la maison au point de vue de sa situation et de sa

(1) Un vol. in-12 de 140 pages, avec 50 figures dont quelques-unes sont par trop tirées au noir. Paris 1889. J.-B. Baillière et fils, éditeur.

(1) Un vol. in-12 de 160 pages avec 54 fig. Fait partie de la Petite Bibliothèque médicale. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeur.

tions très démonstratives et sur lesquelles je ne puis m'étendre sans sortir des limites de cette revue. Le deuxième point à mettre en lumière, c'est que le procédé à un seul lavage, non seulement a donné une statistique excellente comme nombre, mais aussi comme qualité. La durée de la maladie est plus courte, et l'on ne voit pas se développer cette désolante pleurésie purulente chronique avec ses fistules intarissables, ses déformations thoraciques, et la nécessité d'avoir recours à une nouvelle opération beaucoup plus grave que la simple incision de l'espace intercostal.

Le manuel opératoire de la pleurotomie antiseptique est des plus simples. Bien entendu, il faut, en ce qui concerne le sujet, les aides, les instruments, prendre toutes les précautions antiseptiques habituelles. On comprend que je n'insiste pas sur un point qui ne doit avoir d'inconnues pour personne.

L'incision doit être faite dans le point le plus déclive, qui serait en arrière, le sujet étant couché, le 11e espace intercostal, tout près de la colonne vertébrale. Mais on sait les raisons qui s'opposent en pratique à porter le bistouri à ce niveau. D'autre part, d'après Wagner, si on soulève un peu le siège du malade, le point cherché se trouve transporté vers le 5e ou le 6e espace, contre le bord du grand dorsal. En pratique, c'est le 5e espace ou le 4e que l'on choisit.

Le deuxième point important est l'injection unique que l'on se propose de faire dans la cavité pleurale.

Les solutions à employer sont : l'*acide phénique tiède à* 2 p. 100, l'eau *bouillie salée ou pure*, les solutions *boriquées*, l'acide *salicylique à* 5 p. 100 ou le *chlorure de zinc de* 1 à 5 p. 100. L'injection faite, on fait écouler le liquide et, le drain en place, on applique rigoureusement un pansement de Lister. Celui-ci est renouvelé le lendemain, puis au bout de quarante-huit heures après et si la maladie marche bien, la minime quantité de liquide qui sort de la plaie permet de laisser plusieurs jours le pansement en place.

Le drain ne sera retiré complètement que *lorsque le pus sera complètement tari depuis au moins huit jours.*

Aux cas précédents, que Mlle Krafft a réunis dans sa thèse, il s'en est joint de nombreux qui ont chacun pour leur part mis en lumière les résultats merveilleux de la pleurotomie antiseptique.

Dans le numéro du 1er janvier 1884 de l'*Alger médical*, M. le Dr *Caussidon* rapportait l'observation d'un jeune enfant de 4 ans guéri en soixante jours sans lavage de la plèvre (1).

M. Lucas-Championnière a eu un succès au bout d'un mois de traitement à Tenon.

Ch. Moizard (2), dans un article paru dans la *Revue des maladies de l'Enfance* en 1884, a, de son côté, rapporté 3 observations de pleurotomie antiseptique terminées par la guérison. Dans la première, il s'agit d'un enfant guéri en trente-six jours ; la seconde concerne un homme de 26 ans guéri en quarante jours, après injections pleurales multiples à cause de la fétidité du pus. Enfin, le troisième malade était encore en traitement au moment de la publication du Mémoire de M. Moizard. Au 32e jour, il était en excellente voie de guérison.

La même année, *M. Sidoine Jeannel* (3), dans un travail sur le traitement de la pleurésie suppurée, communiquait trois nouvelles observations d'empyème antiseptique, mais avec plusieurs lavages.

Le malade de son observation I fut opéré le 21 mai par *M. Kiener*, et l'incision faite, on fit le lavage de la plèvre avec une solution d'acide salicylique à 6 p. 100. Ces lavages furent répétés à chaque pansement. Au 25 juin, la poche ne contenait plus que 60 à 70 grammes de liquide. L'observation est muette sur l'époque de la cicatrisation définitive.

La seconde observation concerne un malade du service de *M. Moché*, qui l'opéra le 11 juin 1884, avec toutes les précautions antiseptiques; la plèvre est lavée avec une solution d'acide salicylique à 10 p. 100. Les jours suivants, l'urine présente une coloration vert. foncé attribuée à la résorption de l'acide salicylique; on emploie alors une solution plus faible à 5 p. 100, puis une solution de chloral à 5 p. 100. Le 6 juillet, trente-cinq jours après l'opération, la poche a diminué de moitié, la plaie cicatrisée ne donne plus passage qu'à un seul tube. Mais une poussée aiguë de tuberculose se montre et le malade meurt le 1er octobre. L'observation ne mentionne plus l'état de la cavité pleurale à partir du 6 juillet.

La troisième observation, publiée en 1884, 20 septembre,

(1) Alger médical 1884. Analyse dans la Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1884.

(2) Rev. mens. des malad. de l'Enfance. Octobre 1884.

(3) Sidoine Jeamsel. Du trait. chirurgical de la pleurésie suppurée. Montpellier 1884.

---

construction ; il indique les meilleurs procédés de ventilation, d'éclairage et de chauffage; il traite de l'approvisionnement d'eau, de l'enlèvement des ordures ménagères et des eaux vannes; les égouts, les water-closets, les éviers et les bains ont été aussi l'objet de développements en rapport avec leur importance.

C'est un livre de vulgarisation, un guide, abrégé et pratique de la construction hygiénique des maisons, un manuel de cet art essentiellement moderne, que l'on nomme le *génie sanitaire*; il s'adresse à tout le monde, à l'architecte comme au propriétaire ou au simple locataire, à nous tous en un mot qui devons *nous préserver des dangers qui nous entourent.* »

Tels sont, exposés par le traducteur M. le Dr P. Jardet, les mérites de cet ouvrage. M. Jardet a mieux fait d'ailleurs que de nous en donner une lumineuse traduction, il y a joint des notes additionnelles qui donnent l'explication de certains détails peu connus en France.

X. — C'est un travail de haute volée que M. le Dr Constant Hillemand a abordé dans son *introduction à l'étude de la spécificité cellulaire chez l'homme* (1). C'est de la vraie philosophie des sciences, de la philosophie biologique, et, bien que traité d'un style habituellement lucide, ce sujet est trop ardu pour que nous puissions en aborder l'examen et surtout la discussion dans cette rapide *Revue*. Je vais donc me contenter d'en transcrire les conclusions :

« L'histologie comparée, la physiologie et la pathogénie cellulaires, l'expérimentation, concourent à démontrer que la notion de *spécificité* est applicable aux individualités cellulaires qui, par leur association, constituent les individualités animales; que ces cellules forment des variétés, des espèces, des genres comparables au point de vue évolutionniste, aux variétés, aux espèces et aux genres zoologiques et botaniques.

Les *variétés cellulaires* sont caractérisées par la possibilité de leur retour à leur type ancestral spécifique, lorsque leurs conditions d'existence se trouvent modifiées par des circonstances pathologiques. Mais si une variété peut faire retour à son type an-

(1) Paris 1889. G. Steinheil, éditeur.

dans la *Gazette médicale de Paris*, appartient à *M. Dubreuil* (1). Il s'agit d'un boucher qui reçut dans une rixe un coup de couteau dans le dos. Il y eut un hémothorax, puis suppuration de la plèvre après une ponction évacuatrice. L'opération fut suivie de lavages répétés à l'acide borique à 3 p. 100, puis à l'acide salicylique à 3 p. 100. Le malade fut opéré le 22 juillet et le 2 août n'avait plus qu'un tout petit tube dans la plèvre. Il succombe le 26 octobre à la suite d'une péricardite, et à l'autopsie, on constate l'existence d'une fistulette pleurale.

Telles sont les trois observations du Mémoire de M. Jeannel. Comme on le voit, on usa et on abusa des injections, puisque on en fit dans un cas jusqu'à trois par jour. Il est difficile de se rendre compte du temps qu'a mis la plèvre à se cicatriser, puisque les observations I et II sont muettes à ce sujet. Quant à l'observation III, la terminaison par fistule saute aux yeux, puisque trois mois après l'opération, l'autopsie démontre la présence d'un trajet suppurant « *subsistant au milieu de fausses membranes organisées et aboutissant à la plaie de l'empyème* ». Néanmoins, les inconvénients de ces lavages multipliés sont signalés par M. Jeannel : « *La condition essentielle de la guérison rapide, c'est l'accollement des parois de la cavité pleurale. Or, ce rapprochement des feuillets de la plèvre se fait difficilement et lentement; on s'expose donc à rompre les premières adhérences par des lavages trop rapprochés et trop considérables.* »

Je trouve, dans les *Archives médicales belges* d'octobre 1884, une observation en tout comparable aux précédentes. Pleurésie purulente ponctionnée plusieurs fois, ouverte par la pleurotomie le 4 mai, lavée en moyenne deux fois par jour, d'abord avec une solution phéniquée à 1 p. 100 puis avec une solution de chloral à 1 p. 100. Au commencement de juillet, deux mois après, il reste encore une fistule, qui se ferme d'ailleurs plus tard. (Note du travail de M. Wibin, p. 69.)

Le travail de *M. Wibin* renferme deux observations nouvelles. La première, qui appartient à *M. Froidbise*, médecin adjoint à l'hôpital de Liège, concerne une pleurotomie antiseptique faite le 17 décembre. Injection et lavage avec une solution d'acide borique à 3 p. 100, puis de chlorure de zinc à 3 p. 100. Le 11 janvier, vingt-cinq jours après, la guérison est complète.

La seconde lui est personnelle. Pleurotomie antiseptique au commencement d'octobre. Lavages au chlorure de zinc à 3 p. 100, tous les deux jours; fistule thoracique fermée au commencement de novembre (1).

Aux observations précédentes et à celles qui figurent dans la thèse de Krafft, il faut encore ajouter l'observation de *M. Debove* (*Gazette des hôpitaux de Paris*, 21 août 1883 (2), et dans la même année, les trois observations provenant du service de *M. Dumontpallier*, à la Pitié (3).

Dans une revue générale parue la même année (1884) dans la *Revue de chirurgie* (4), *M. Hache*, après avoir étudié les procédés anciens de pleurotomie, d'après les travaux de *Moutard-Martin*, *Peyrot*, *Homolle* et *Robert*, procédés dans lesquels l'antisepsie, quoique incomplète par suite de l'excès et de l'abondance des lavages, avait cependant donné de bien meilleurs résultats que la ponction ou l'incision simple tardive, *M. Hache* passe en revue les travaux de *Wagner*, *de König*, *de Goschel*, travaux qui figurent dans la thèse de *Krafft*, et arrive aux mêmes conclusions que cette dernière : incision *précoce, large, et suivie d'un seul lavage*.

La même année également, *M. Guinard*, dans sa thèse (5), apportait des conclusions conformes et de nouvelles observations. Il préconise, comme liquide à injecter, le chlorure de zinc et le sublimé. Cependant, tandis que les auteurs allemands ne faisaient qu'un seul lavage, M. Guinard préconisait de pratiquer un second lavage, si au bout de sept jours, la sécrétion purulente était plus ou moins fétide. Mais ce sont là des différences insignifiantes ; dans le fond, c'est le même procédé, lavages très rares, opposés à la méthode des lavages répétés.

M. Guinard apportait, à l'appui de la pleurotomie antiseptique, deux nouvelles observations : l'une provenant du service de M. Fernet, l'autre appartenant à M. Bouilly. Il se déclarait « partisan convaincu de la pleurotomie immédiate pratiquée « avec toutes les ressources connues de la méthode antisepti-

(1) Gazette médicale de Paris 1884.

(1) Samson. Arch. méd. belges. Octobre 1884. V. aussi E. Wibin. Trait. de la pleurésie purulente. Mém. couronné par la Société de médecine d'Anvers.

(2) Cette observation figure dans les tableaux de la thèse de Krafft.

(3) Gazette des hôp., 1883.

(4) De la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, par Hache. Rev de chir., 1884.

(5) Guinard. Du meilleur mode de trait. de la pleurésie purulente. Th. doct. Paris 1884.

---

cestral spécifique, jamais elle ne se transformera en une autre variété collatérale.

Les *espèces cellulaires* sont caractérisées par la permanence de leur type général dans toutes les conditions physiologiques et pathologiques; ou du moins, si le type d'une espèce cellulaire peut s'altérer et devenir méconnaissable dans les conditions pathologiques, il ne se transforme jamais en un autre type cellulaire spécifique.

Les *genres cellulaires* sont constitués par les diverses espèces qui dérivent d'un même feuillet du blastoderme. Les espèces d'un genre peuvent présenter avec celles d'un autre genre des *analogies*, mais jamais *d'homologies*. Quelles que soient, en effet, les différences qui séparent les divers types spécifiques de l'un quelconque des feuillets du blastoderme, elles sont toujours moindres que les différences réelles qui existent entre les types cellulaires les plus semblables en apparence comme les ectothéliums, les mésothéliums, les endothéliums ; mais qui ne sont pas dérivés du même feuillet. »

On voit de quel intérêt est le travail de M. Hillemand pour tous ceux qui s'occupent de physiologie générale. Mais avais-je tort de dire que ces questions ne peuvent être discutées à la légère? C'est pourquoi je m'abstiens.

XI, XII et XIII. — Il me reste, en laissant volontairement de côté pour une Revue spéciale, sept ou huit biographies de médecins illustres à présenter à mes lecteurs, trois publications que je ne saurais classer ailleurs.

Voici d'abord une notice courte, mais curieuse sur l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université Victoria de Cobourg (1). C'est, en somme, un coup d'œil annuel sur les faits saillants et les résultats de l'année scolaire qui se sont produits dans cette école médicale.

Aujourd'hui, il s'agit de la 47e session (1889-1890). Fondée en 1843, l'École de Montréal s'est considérablement développée. L'enseignement y est donné par quinze professeurs, et de plus, quatre *lectureurs* et démonstrateurs.

C'est avec un pénible sentiment de patriotisme attristé qu'on retrouve la liste déjà longue des médecins qui ont fait leurs études

(1) Brochure in-8 de 60 pages. Montréal 1889.

« que », et il ajoutait : « mais nous ne demandons pas à cette « méthode antiseptique ce qu'elle ne peut pas donner dans « l'espèce, c'est-à-dire la guérison de la majorité des cas après « un seul lavage ».

C'était voir les choses sous leur jour véritable, et donner à la méthode une envergure plus large sans rien lui ôter de sa valeur première.

Florand (1), en 1886, a publié l'observation d'une femme pleurotomisée le 1er mai. Lavages à l'acide borique et au chlorure de zinc. Guérison à la fin de novembre 7 mois après.

L'énumération de tous les cas de pleurotomie antiseptique deviendrait longue et fastidieuse. Il suffit de citer les observations de *Long* (2), de *Fraentzel*, de *Weber*, de *Fiedler*, de *Litten*, de *Jurgensen*, de *Heusner* (3), de *Saint-Philippe* (4), de *Hardy* (5), les leçons de *Godlee* (6), de *Potain* (7), les publications de *Négrié* (8), de *Chavoix* (9), *de Bouilly* (10), de *Hanot* (11), de *Hombel* (12), *de Dujardin-Beaumetz* (13), les thèses de *Lecouedic* (14), et de *Pavès* (15), les observations de *de Creeft* (16), en Allemagne, le mémoire d'Aufrecht (17) qui se sert pour les lavages de la plèvre d'une solution de nitrate d'argent à 0,2 pour 1.000.

En résumé, nous avons en notre possession, dans le traitement de la pleurésie purulente, une opération excellente, la pleurotomie, mais la pleurotomie accompagnée de toutes les précautions et de toutes les pratiques de l'antisepsie la plus rigoureuse.

L'opération sera faite le plus tôt possible pour éviter la production de ces fausses membranes épaisses qui empêchent la guérison et aboutissent à la formation des fistules pleurocutanées. L'incision sera faite sous le spray phéniqué, et toutes les précautions de l'antisepsie la plus minutieuse seront prises en ce qui concerne les instruments ou les aides.

Le pus une fois écoulé, on lave doucement la cavité pleurale avec des liquides antiseptiques tièdes, qui varient selon les différents auteurs : acide phénique, acide borique, chlorure de zinc, acide salicylique sublimé, etc.

Le lavage doit être continué jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Après quoi on installe un gros drain maintenu en place par une épingle de nourrice, et on applique un pansement antiseptique, Lister ou autre.

Comme nous l'avons dit déjà, le but de la pleurésie antiseptique est de ne faire qu'un seul lavage. Les inconvénients des lavages multiples consécutifs seraient :

De retarder la guérison ;

De favoriser la formation des fistules ;

De produire des accidents épileptiformes capables d'enlever les malades.

(A suivre).

(1) Florand. Pleurotomie antiseptique. France médicale 1886.
(2) Revue méd. de la Suisse romande, 1886.
(3) Berliner Klinische Wochenschrift, 1886
(4) Journal de méd. de Bordeaux, 1886.
(5) Gazette des hopitaux. 1886.
(6) The Lancet, 1886.
(7) Gaz. des hop., 1886.
(8) Journal de médecine de Bordeaux, 1885.
(9) Id.
(10) Gaz. des hôp., 1885.
(11) Arch. de méd., 1885,
(12) Arch. méd. belges, 1885.
(13) Bull. de thérap., 1885.
(14) Th. de Paris, 1885.
(15) Thèse de Montpellier, 1885.
(16) Arch. méd. belges, 1887.
(17) Berliner clinische Wochenschrift, 1886.

REVUE D'HYGIENE SCOLAIRE

L'ÉDUCATION DE NOS FILS, par M. le Dr Jules ROCHARD.
(Paris, Hachette, 1890.)
Suite (1).

L'une des conditions de la santé du lycéen, c'est la salubrité même du lycée. Nos vieux collèges des petites et même des grandes villes sont bien étroits, bien obscurs ; les cours, enfermées entre de hautes murailles, manquent d'espace, et ces murailles mêmes empêchent l'air d'arriver aux classes ou aux études du rez-de-chaussée.

Dans le livre que nous analysons, M. Rochard préconise le transport des lycées loin des villes, ce qui permettra aux élèves de courir librement dans les vastes cours, et de ne pas se voir parcimonieusement mesurer l'air et aussi la lumière dans les classes.

(1) Voir le précédent numéro.

à l'Ecole de Montréal, tant de noms à consonnance française. C'est que le Canada, bien que devenu colonie anglaise, est resté peuplé de français.

L'Université de Séville possède une Ecole de médecine qui pourrait servir d'exemple à bien d'autres, en ce point qu'elle publie sous la forme d'un volume de 300 pages, un exposé des travaux accomplis dans cette Ecole durant l'exercice de 1887-1888 (1).

Travaux pratiques exécutés dans l'amphithéâtre d'anatomie et dans les laboratoires ; état des cliniques et de la policlinique, tout cela est résumé par les professeurs de l'Ecole sous la présidence du directeur José Moreno Fernandez. N'ai-je pas raison de donner l'Ecole de médecine de Séville en exemple à nos Facultés françaises? Combien, cependant, un exposé analogue des travaux, recherches, actes, thèses, exécutés dans les divers centres universitaires, rendrait de services aux chercheurs.

Voici, pour terminer ma revue, un livre qui a dû se tromper d'adresse en m'arrivant. Il s'agit de MATHÉMATIQUES ET DE MATHÉMATICIENS : *Pensées et curiosités*, par A. Rebière (2).

(1) Sevilla, Imprenta Almudena. Un vol. in-12 avec tableaux.
(2) Un vol. in-8 de 280 pages. Paris, librairie Nony 1889.

Je l'ai lu quand même, et sauf bien des pages trop techniques, qui sont restées pour moi *lettre-morte*, je l'ai trouvé attrayant. Il y a, en effet, jusqu'à des anecdotes. Et qui ne ressemble un peu à La Fontaine :

« *Si Peau d'âne m'était conté*
« *J'y prendrais un plaisir extrême.* »

ainsi ai-je dit. M. Rebière ne craint même pas d'ouvrir son anthologie aux ennemis des mathématiques. Témoin ces trois citations : 1° opinion de poète. Lamartine a dit : L'enseignement mathématique fait l'homme machine et dégrade la pensée. L'âme d'un peuple n'est pas ce chiffre muet et mort à l'aide duquel il compte des quantités et mesure des étendues : la toise et le compas en font autant. 2° Voici le doux Fénelon qui n'est pas tendre : » Défiez-vous des ensorcellements et des attraits diaboliques de la géométrie. » 3° Enfin, voici l'opinion d'un auteur anonyme : « Un mathématicien de plus, un homme de moins », c'est court, mais c'est bien dur. Je reste coi sous ce coup de massue.

Dr ALBERTUS.

Tandis que les règlements prescrivent, pour les classes des écoles primaires, un cube de 5 mètres par élève, M. Rochard demande qu'on porte ce cube à 8 mètres pour les lycéens. Il n'est partisan de l'éclairage unilatéral gauche que tout autant que l'élève le moins éclairé, situé au fond de la classe, ait assez de lumière pour y voir sans fatigue. C'est l'insuffisance de lumière qui, selon lui, amenant chez l'écolier des efforts d'accommodation, produit la myopie, laquelle est d'autant plus fréquente que l'élève est plus avancé dans ses études.

Pour l'éclairage nocturne, M. Rochard recommande que la lumière soit éloignée de la tête des élèves pour ne pas l'échauffer et il prévoit le moment où la lumière électrique, moins échauffante, sera adoptée dans tous les lycées. Il recommande également les appareils que nous avons pu voir dans la « maison salubre de l'exposition de la ville de Paris » et qui permettait l'expulsion au dehors des résidus de la combustion du gaz.

Pour les dortoirs, il demande au moins vingt mètres cubes d'air par élève, air renouvelable par des cheminées d'appel dans lesquelles fonctionne un bec de gaz; il demande aussi un certain espacement des lits, et l'établissement de water-closets tout proches de manière à épargner des promenades nocturnes préjudiciables à divers points de vue.

Il veut des infirmeries donnant encore plus d'air et possédant une ou deux chambres d'isolement véritablement isolées. (Nous avons vu une infirmerie bien installée dans le lycée de jeunes filles de Montauban.)

Le mobilier est aussi l'objet d'une attention particulière de la part de M. Rochard. Autrefois, pour certains cours, l'élève prenait des notes sur ses genoux, et, suivant le côté d'où il recevait la lumière, suivant l'intensité de l'éclairage naturel ou artificiel, il modifiait sa tenue, se courbait sur son cahier et contractait une attitude vicieuse; le même inconvénient se produisait quand l'élève avait pour appuyer son papier, une table très étroite et d'une hauteur peu en rapport avec la taille de l'écrivain.

Aujourd'hui, les tables-bancs à deux places, plus transportables, permettent de faire varier la hauteur de leurs deux parties avec la taille même des élèves, et, l'éclairage aidant, les déviations de la colonne vertébrale, de même que la myopie, deviennent de plus en plus rares.

Ce qui frappe le plus M. Rochard ce sont les habitudes des élèves en récréation. Ils se promènent de long en large, raides et sérieux comme des péripatéciens, tandis qu'ils auraient besoin de détendre leurs muscles, de dilater leur cage thoracique par un exercice actif.

Cet état de choses n'a pas frappé seulement M. Rochard; il a ému certains bons esprits qui ont essayé de transporter dans nos lycées les mœurs des établissements d'instruction des autres pays et notamment de l'Angleterre. Deux livres sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir prochainement ont été écrits par M. de Coubertin (1) et par M. Philippe Daryl (2) (Paschal-Grousset) qui ont voulu fonder, chacun de leur côté, une société qui fût en mesure de réaliser leur idée de réforme.

M. de Coubertin est le secrétaire général du Comité *pour la propagation des exercices physiques* qui a pour président M. Jules Simon et pour vice-présidents MM. Picot, Moutard, général Thoumas, Jules Rochard.

M. Paschal-Grousset est secrétaire général de la ligue nationale de l'éducation physique dont le président est M. Berthelot et la ligue a fondé une école normale des jeux *scolaires*; elle a pour organe un journal mensuel *L'éducation physique*.

Déjà nos lycées de Paris ont organisé des réunions périodiques plus ou moins fréquentes dans lesquelles les enfants s'exercent à des jeux d'adresse empruntés les uns aux pensionnats anglais, les autres à nos vieilles coutumes françaises. La province a suivi cet élan et, si le ministre de l'instruction publique ouvrait le crédit de 16.800 fr. pour les 85 lycées, suivant une appréciation de M. le recteur de l'Académie de Toulouse, ces jeux se généraliseraient dans tous nos établissements d'instruction.

A côté des jeux, M. Rochard place les exercices proprement dits et il a un mot pour chacun d'eux. La gymnastique l'effraie surtout telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui dans beaucoup d'institutions, où l'on semble vouloir faire un gymnaste de chaque écolier et où on les expose, gratuitement pour ainsi dire, à des accidents, tout en les dégoûtant d'un exercice qui est plus que toute autre chose une fatigue. Mieux vaut donc la gymnastique sans excès qui exerce les mouvements, sans amener d'accidents ni de déviations. Pour l'escrime, M. Rochard rappelle l'opinion du Dr Lagrange qui, dans un livre intéressant à divers titres, craint à tort, selon moi, que cet exercice, en exigeant de l'enfant une certaine attention, n'ajoute une nouvelle fatigue intellectuelle à celle qu'il a déjà éprouvée en classe. L'enseignement de l'escrime est plus simple que cela, il ne torture pas l'esprit, comme le craint mon confrère de Vichy (1). Tout au plus si, dans un assaut, il y a quelque effort de réflexion pour chercher une attaque ou une parade, mais l'inconvénient de cet effort est d'une bien mince importance en regard des avantages que procure un exercice qui donne du coup d'œil, du jugement, du sang-froid, une certaine assurance, toutes qualités qui peuvent servir au jeune escrimeur en mainte circonstance sans éveiller toutefois chez lui l'amour de la lutte.

Pour faciliter, d'ailleurs, le goût de l'escrime qui, en ce moment, impose de grandes dépenses, le comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation a émis le vœu qu'il y ait, dans tous les lycées, des maîtres et adjoints payés par l'Etat et que les fournitures soient données par l'Etat aux élèves moyennant un prix d'abonnement à forfait.

M. Rochard dit encore quelques mots de l'équitation, plus difficile à organiser, et de la natation qu'il juge indispensable. Là où il n'y a ni mer ni rivière, il recommande l'adoption de grandes piscines comme celle du lycée de Vanves.

M. Rochard approuve aussi le canotage. Il est plus sévère pour les exercices militaires, qui, cependant, maintenus dans de justes limites, nous paraissent propres à développer les muscles, à assouplir l'esprit à la discipline et à préparer sérieusement les enfants au rôle de soldat que tous doivent remplir un jour.

Les promenades sont l'objet d'un paragraphe très étudié dans le livre de M. Rochard. Elles sont bien fastidieuses dans nos lycées, pour les maîtres et les élèves; il s'agit de les transformer en véritables journées passées à la campagne avec l'agrément des jeux et l'air libre. On peut aussi les animer en faisant des promenades militaires, comme à Pontivy où M. Rochard les approuve, malgré le peu de goût qu'il montrait tout à l'heure pour les exercices de soldat.

M. Rochard nous entretient encore des grandes excursions, de véritables voyages, des colonies de vacances dont nous

(1) De Coubertin. *L'éducation anglaise en France*, chez Hachette, 1889.
(2) Philippe Daryl. La Renaissance physique, Paris, Hetzel, 1888.

(1) F. Lagrange. Physiologie des exercices du corps. Paris, 1888.

avons parlé ici même il y a deux ans. Nous y reviendrons quand nous nous occuperons de l'hygiène à l'école primaire.

L'emploi du temps, dont se préoccupe beaucoup M. Rochard, peut s'entendre de la durée de chaque exercice, qu'il s'agisse soit de travail, soit de repos, soit de récréation soit, enfin, des soins de la toilette.

Au lycée Louis-le-Grand, qui a été pris pour type par M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, les élèves du petit Lycée travaillent 10 heures par jour (étude et classes), s'amusent pendant trois heures ou trois heures et demie, suivant la saison et dorment de 9 h. à 9 h. 1/2. La commission pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire (arrêté ministériel du 12 juillet 1888) estime que cinq heures de travail suffisent pour les élèves des classes primaires; on leur donnerait 10 heures de sommeil; le temps consacré aux repas serait augmenté; avec le mode de procéder actuel, on force les enfants à manger vite et à digérer mal, double cause des gastralgies dont sont atteints quelques-uns. Il faudrait leur donner 1 heure et demie pour tous les repas. Quant aux soins de la toilette ils doivent, suivant M. Rochard prendre de 25 à 30 minutes sous peine d'être incomplets et insuffisants. Il resterait donc, pour les petits, sept heures environ pour les récréations, les exercices du corps et les arts d'agrément.

M. Rochard propose des réformes analogues pour les grands (de 14 à 15 ans), réduisant leur temps de travail à 8 ou 9 heures, donnant, pour le sommeil 9 heures, et pour les exercices 7 heures.

Passons à la nourriture: il exige qu'elle soit fortement réparatrice, consistant surtout en viande rôtie, braisée ou grillée, plutôt que bouillie, à la dose de 120 grammes de viande cuite et désossée pour les petits, de 160 pour les moyens (11 à 16 ans) et de 200 pour les grands.

M. Rochard demande du pain frais, cuit dans la nuit précédente, ce qui est déjà la règle dans nos lycées, et se montre peu partisan de « l'abondance »; il voudrait qu'on laissât aux enfants l'initiative d'employer selon leur goût, leur ration de vin qui serait respectivement, pour les trois âges d'écoliers, de 10, 12, 16 centilitres; on est revenu, d'ailleurs, sur l'indispensabilité du vin et d'excellents hygiénistes prétendent que, jusqu'à 10 ans, on n'en doit pas donner aux enfants, quitte à surveiller la qualité de l'eau qui, avec certaines décoctions choisies, serait leur unique boisson.

Pour les repas, M. Rochard ajoute qu'il faut laisser les enfants parler librement au réfectoire, et il cite ce qu'il a vu dans les collèges des Jésuites. « C'était, dit-il un caquetage assourdissant qui m'étonnait un peu, habitué que j'étais au silence monacal de nos lycées, mais les enfants étaient gais, avaient la figure épanouie, et le frère qui se promenait au milieu d'eux n'avait pas l'air de s'apercevoir de ce bruit. »

La question de l'habillement fait l'objet d'un court chapitre. Le costume de lycéen d'aujourd'hui est trop raide, M. Rochard voudrait un vêtement de laine ample et commode; ce pourrait être la vareuse de nos officiers. Du reste, le projet de réforme est à l'étude et les proviseurs des lycées ont été invités à prolonger jusqu'en 1890 les traités avec les fournisseurs de costumes, car un nouvel uniforme est en expérience depuis le début de la présente année scolaire au lycée Henri IV. Il ne faut pas, dit M. Rochard, vêtir les enfants trop chaudement, il faut mieux qu'ils aient un peu froid quand ils sont au repos, que de transpirer quand ils jouent, parce qu'ils rentrent ensuite à l'étude ou dans des couloirs glacés et qu'il en résulte des refroidissements dangereux. Il insiste sur la chaussure qui doit préserver les enfants de l'humidité, fort préjudiciable à leur santé, bien plus qu'on ne le croit. Enfin, il demande que la chaussure soit bien large.

L'eau doit être fournie abondamment aux lycéens; on ne la veut que froide pour aguerrir les enfants, et c'est dommage parce que la chaude nettoie mieux. M. Rochard consacre un long chapitre aux bains. Actuellement un certain nombre de lycées ne donnent que deux bains de pieds par mois et quatre bains entiers par an. On juge si cette pratique est suffisante. C'est qu'aussi, avec le système des bains aujourd'hui en usage, il faut bien des jours pour que tout un lycée y passe. M. Rochard conseille de substituer les douches aux bains comme cela se fait dans les casernes.

L'essai pour les militaires remonte à 1887. On avait installé pour le 33[e] régiment de ligne en garnison à Marseille, une baraque en planches, divisée en deux pièces, la première servant de vestiaire, la seconde recevant des réservoirs de la ville un conduit d'eau de 3 cent. de diamètre muni d'un robinet et terminé par un long tube de 1 mètre, percé en pomme d'arrosoir dans toute sa longueur et posé à 1 m. 60 au-dessus du sol. Les hommes pourvus de savon se mettent trois à la fois sous le robinet, la douche dure 3 minutes et les hommes se nettoient de la tête aux pieds. Dès le début on a douché 350 hommes en 4 heures.

Depuis, en 1873, M. Merry Delaboste a fait installer un système de douches fort simple à la prison de Rouen. En 4 ou 5 minutes, on donne à chaque détenu 4 à 5 douches séparées par une demi-minute, pendant laquelle il se frotte au savon noir : on admet six baigneurs à la fois.

On pourrait multiplier ces exemples et montrer qu'une douche ainsi donnée, aussi efficace et moins coûteuse qu'un bain, peut être répétée au moins deux fois par mois pour chaque élève. D'après le D[r] J. Arnould (1) on peut baigner en quinze jours tout un régiment au prix de 1 centime par homme.

Nous arrêtons ici notre analyse du livre du D[r] Rochard. Dans un prochain article nous parlerons de l'hygiène des écoles primaires mettant à profit, dans cette intention, les derniers livres parus sur la matière.

D[r] C. DELVAILLE.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE

I. — SUR L'ACTION CURATIVE DU BROMURE DE RHUBIDIUM ET D'AMMONIUM, par le prof. C. LAUFENAUER (de Pesth). *Orvosi Hetilap* 1889, n° 24. Analysé in *Deutsche Medizinal Zeitung* 1889, n° 97, p. 1121.

II. — SUR LE BROMURE DE RHUBIDIUM ET D'AMMONIUM, un nouveau médicament anti-épileptique par le D[r] ROTTERBILLER (de Pesth). *Erlenmeyer's Centralblatt für Neurologie* 1889, n° 21. Analysé *Ibidem*.

III. — SUR LE SOMNAL, un nouveau médicament somnifère, par M. RADLAUER (de Berlin). *Pharmaceutissche Zeitung* 1889, n[os] 80 et 87.

IV. — SUR LA VALEUR CLINIQUE DE LA CHLORALAMIDE ET DU SOMNAL, par le D[r] A. ROBINSON. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, n° 44, p. 1004.

V. — SUR LE MODE D'ACTION DE L'IODURE DE POTASSIUM, par le prof. OPPENHEIMER (de Heidelberg). *Therapeutische Monatshefte*, 1889, n° 12 p. 537.

(1) Jules Arnould. Nouveaux éléments d'hygiène 1888.

VI. — SUR LE BEURRE DE COCO, une nouvelle graisse alimentaire, par le Dr ZERNER. *Centralblatt, für die gesammte Therapie*, 1889, n° 10.

I. — M. Laufenaner pose en fait que le bromure de potassium l'emporte en activité sur le bromure de sodium, et ce dernier sur le bromure de lithium. Or le poids atomique du potassium est supérieur à celui du sodium, qui est luimême supérieur à celui du lithium. Partant de là, M. Laufenauer s'est dit qu'un bromure d'un métal ayant un poids atomique supérieur à celui du potassium devait être doné d'une action physiologique et thérapeutique supérieure également, et c'est là ce qui lui a suggéré l'idée d'expérimenter le bromure de rhubidium et le bromure de cœsium. Pour le bromure de cœsium, les expériences sont encore à faire. D'autre part, comme le bromure de rhubidium est à la fois très cher et difficile à préparer, M. Laufenauer lui a substitué le bromure double de rhubidium et d'ammonium ($RbBr^2, AzH^4Br$).

Le bromure de rhubidium et d'ammonium est une substance cristalline, d'un blanc jaunâtre, très soluble dans l'eau; il a une saveur fraîche d'abord, qui détermine ensuite un goût salin mordant. Son prix de revient est relativement faible (environ 30 centimes le gramme). Le médicament a été administré à 22 sujets, qui se répartissent ainsi, eu égard à la maladie qui a motivé l'expérience : épileptiques, 17; hystériques, 2; syphilitiques (syphilis cérébrale) 1; ataxique, 1; sujet bien portant, 1. Les prévisions de M. Laufenauer ne se sont vérifiées que dans une faible mesure en ce sens que, d'une façon générale, le nouveau médicament a produit des effets comparables seulement à ceux du bromure de sodium, inférieurs par conséquent à ceux du bromure de potassium. Cependant, 6 malades ont fait exception à cette régle, chez eux les résultats obtenus ont été meilleurs qu'avec les autres bromures.

M. Laufenauer ajoute qu'administré le soir, à la dose de 4 à 5 grammes, le bromure de rhubidium et d'ammonium a fait dormir les sujets en expérience pendant 4 ou 5 heures. On n'a point observé que la médication entraînât des effets fâcheux.

II. — Un compatriote de M. Laufenauer, M. Rotterbiller, a expérimenté le bromure de rhubidium et d'ammonium chez 5 malades, et il conclut que le nouveau médicament est très efficace contre l'épilepsie, qu'à la dose quotidienne de 6 grammes il agit plus énergiquement que le bromure de potassium, mais d'une façon exclusivement palliative, en augmentant les intervalles qui séparent les accès, et cela sans inconvénient pour les malades.

III. — Un pharmacien de Berlin, M. Radlauer vient de lancer dans le commerce de la droguerie un nouveau médicament somnifère, auquel il a donné le nom de *somnal*, et qui ne serait autre que du chloral uréthane éthylé. D'après M. Radlauer, le somnal a pour formule $C^7H^{12}Cl^3O^3Az$ et se prépare avec du chloral, de l'alcool et de l'uréthane. Solide à la température ordinaire, il entre en fusion à 42°, et en ébullition à 145° (dans le vide).

Après ingestion d'une dose de 2 grammes de somnal, le besoin de dormir se fait sentir au bout d'une demi-heure. Le sommeil qui se produit dans ces conditions a une durée de 6 à 8 heures, et n'est suivi d'aucune influence fâcheuse sur la digestion, la respiration et la circulation. Bref, au dire de M. Radlauer, le somnal réunit les avantages du chloral et de l'uréthane, sans présenter les inconvénients de ces deux somnifères.

Dans sa seconde publication, M. Radlauer vent bien révéler que le somnal s'obtient en faisant réagir l'un sur l'autre, dans le vide, l'alcoolat de chloral et l'uréthane. Ce ne serait, en somme, que le produit de la simple combinaison de ces substances, et sa formule pourrait être exprimée plus exactement par :

$$CCl^3 - H - \begin{matrix} / \ O.C^2H^5 \\ H \\ \backslash \ AzH,COO,C^2H^5 \end{matrix}$$

Tel qu'on le trouve dans le commerce, le somnal constitue un liquide, d'une odeur alcoolique très prononcée, d'une saveur amère intense, qui se mélange avec son poids d'eau sans se troubler, qui se trouble quand on continue d'ajouter de l'eau, pour redevenir limpide lorsque la proportion d'eau ajoutée est de 5 à 1.

Ainsi que le fait remarquer M. Langgard (in *Therapeutische Monatshefte* 1889, n° 11 p. 517) il y a contradiction sur un point dans les notes de M. Radlauer qui, une première fois, assigne au somnal une température de fusion de 45°, et décrit ensuite le nouveau médicament comme étant liquide à la température ordinaire. Pour M. Langgard, la véritable composition du somnal reste encore à connaître; une combinaison, dans le sens propre du mot, ne pourrait s'effectuer entre l'alcoolat de chloral et l'uréthane, qu'avec élimination d'une certaine quantité d'eau. M. Langgard ajoute que la chose a peu d'importance, vu que, d'après les expériences par lui faites, le médicament prétendu nouveau n'a pas les avantages que lui attribue M. Radlauer : la saveur du somnal est sinon plus, au moins aussi désagréable que celle du chloral; l'action somnifère, moins intense, ne se manifeste qu'après ingestion d'une dose relativement forte; elle se produit plus tardivement et dure moins longtemps. La respiration et la circulation sont influencées dans une proportion au moins aussi forte qu'après administration du chloral. D'ailleurs, dans le cours des expériences qu'il a faites sur les lapins, M. Langgard a vu la pression intra-vasculaire baisser de 40 mm. sous l'influence d'une dose de somnal qui ne produisait qu'un sommeil de 2 heures de durée, avec conservation de tous les réflexes.

M. Rabow (*eodem loco*, p. 517) annonce des résultats analogues : Le médicament a une saveur désagréable même quand il est administré sous la forme indiquée par Radlauer (somnal 10 grammes + eau distillée 45 grammes + solution de suc de réglisse 20 grammes); le résultat, eu égard à l'effet somnifère, a été mauvais chez 9 sujets sur 18 auxquels M. Rabow a fait prendre du somnal par doses de 2 grammes. Le somnal a échoué chez un malade qui dormait très bien après avoir ingéré 2 grammes de chloral, et chez un autre qui passait une très bonne nuit après avoir absorbé 15 milligrammes de morphine.

D'autre part le professeur Liebreich (*Therapeutische Monatshefte* 1889, n° 12, p. 568) reproche au somnal de n'être pas une combinaison chimique bien définie, de représenter un mélange dont la composition n'est pas connue, et il s'élève contre l'introduction en thérapeutique de ces nouveaux remèdes pour le moins superflus.

III. — Enfin M. Robinson, assistant du professeur Fürbringer, de Berlin, a fait à l'hôpital Friederichshain, des expériences touchant l'action somnifère du somnal et de la chloralamide, et les résultats qu'il a obtenus avec le premier de ces deux médicaments ne sont pas non plus très brillants. Dans leur ensemble ils se chiffrent ainsi :

Nombre des cas traités 50; résultat bon, dans 15 cas, moyen, dans 13 cas, mauvais dans 22 cas. Les insuccès ont été nombreux surtout (85 0/0) dans les cas où l'agrypine était entrete-

nne par des douleurs physiques. M. Robinson n'a pas constaté que le somnal, à la dose de 2 grammes, exerçât une influence fâcheuse sur le pouls et la circulation ; 14 fois les sujets en expérience ont éprouvé des troubles digestifs, vomissements violents, ou simples nausées avec douleurs gastralgiques. Quand le médicament était pris pendant plusieurs jours consécutifs, il en résultait de l'anorexie et un malaise dans le ventre. Dans une bonne moitié des expériences, les sujets ont eu du vertige, de la céphalalgie, de la prostration, le lendemain, voire que, chez quelques malades, ces manifestations consécutives ont été très prononcées; les intéressés préféraient quitter l'hôpital, plutôt que de recommencer l'expérience.

Chez les typhiques, le somnal, qui a donné de bons résultats chez un tiers des malades quand le médicament était administré à la dose de 2 grammes, produisait, à la dose de 3 grammes, l'effet inverse de celui qu'on recherchait : les malades devenaient plus agités et se plaignaient d'une sensation de grande angoisse ; le lendemain ils étaient pris de vomissements et d'une grande hébétude.

Enfin chez des agités délirants, le somnal a été donné jusqu'à la dose de 6 gr... ...heures de temps, sans qu'une modification favorable se produisît dans l'état cérébral des malades.

Les résultats ont été sensiblement les mêmes avec la chloralamide (1), sauf que cette dernière exerce sur le cœur et la circulation une action dépressive très prononcée, et qu'elle jette souvent les malades dans un état d'agitation, qui ressemble assez exactement à une attaque de délirium tremens.

Tout cela, en somme, ne laisse pas prévoir une carrière bien brillante pour les deux nouveaux médicaments somnifères, somnal et chloralamide.

IV. — L'intolérance pour l'iodure de potassium ne s'observe pas chez tous les sujets. Il est tels malades, qui prennent pendant longtemps des doses quotidiennes de 4 grammes d'iodure de potassium et plus, sans présenter ces symptômes d'intolérance attribués à l'iodisme. Cette diversité d'action de l'iodure de potassium a été mise sur le compte du sort variable que subit ce médicament, lors de son passage à travers l'organisme. Les phénomènes d'iodisme se produisent ou font défaut, suivant que l'iodure de potassium est ou n'est pas dédoublé en ses éléments constituants, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas mise en liberté d'une quantité considérable d'iode dans nos organes.

Reste la question de savoir quel est l'agent qui opère le dédoublement de l'iodure de potassium ingéré à doses médicamenteuses. Une théorie très en faveur, dans ces derniers temps, fait intervenir à cet effet, les nitrates contenus dans l'alimentation. D'après les partisans de cette théorie, les nitrates, ingérés avec les aliments, se transforment en nitrites, au contact des muqueuses ; les nitrites à leur tour décomposent l'iodure de potassium. D'où cette déduction prophylactique : Pour prévenir les manifestations de l'iodisme, chez les sujets qui prennent de l'iodure de potassium, il faut prescrire une alimentation pauvre en nitrates.

Cette condition est précisément remplie par le régime lacté. Or, mettre à ce régime un malade qu'on traite par l'iodure de potassium à doses tant soit peu fortes, n'est pas un moyen sûr de mettre le patient à l'abri des accidents d'iodisme ; on voit, par cet exemple, ce que vaut la théorie en question.

M. Oppenheimer est d'avis que la clinique est mieux à même que la chimie, de nous fournir les éléments de la solution du problème. L'action de l'iode sur notre organisme paraît être, dans bien des circonstances, en rapport étroit avec l'état des produits de sécrétion qui stagnent dans nos premières voies. Or les symptômes qui traduisent l'intolérance pour l'iodure de potassium affectent surtout les voies respiratoires, fosses nasales, larynx, bronches, à la surface desquelles abondent les cryptes glandulaires, les anfractuosités, etc., c'est-à-dire les lieux favorables à la stagnation du mucus et du muco-pus. Ces produits de sécrétion, en s'altérant, donnent naissance à des phénomènes de réduction et d'oxydation ; il est naturel d'admettre qu'à l'occasion ils dédoubleront l'iodure de potassium en mettant l'iode en liberté. Bref, l'intolérance pour l'iodure de potassium ne serait qu'une conséquence d'un certain état catarrhal des premières voies.

D'ailleurs, fait remarquer M. Oppenheimer, les manifestations de l'iodisme proprement dit — céphalalgie, somnolence, prostration, palpitations, angoisse, sensation de lipothymie, quelquefois convulsions — ne s'observent que rarement dans les cas d'intolérance pour l'iodure de potassium, comme aussi on peut les observer chez des sujets prédisposés, à la suite de l'administration de faibles doses d'iodure. Il y a là une question d'idiosyncrasie (souvent héréditaire) qui se traduit par une très grande sensibilité des centres nerveux à l'iodure de potassium, et dont il est impossible de donner une explication satisfaisante, dans l'état actuel de nos connaissances.

V. — Une fabrique de Manheim a mis en circulation, dans ces derniers temps, un produit à la fois alimentaire et pharmaceutique ; il s'agit d'un beurre, préparé avec le noyau (coprah) de la noix de coco. Ce beurre, qui ne saurait tarder de faire son apparition sur le marché français, qui est donc un produit à surveiller, est livré dans des boîtes en fer blanc, et se présente sous les dehors d'une matière blanche, translucide, nullement granuleuse, ayant la consistance de l'axonge, fondant à 26°5 pour former un liquide limpide qui se fige de nouveau à 19°,5. Son odeur est assez faible, agréable. Il fond sur la langue en développant une sensation de grattement. Il se dissout totalement dans l'éther. Quand on évapore cette solution éthérée au bain-marie et qu'on ajoute de l'eau distillée au résidu, on obtient une solution parfaitement neutre. Le résultat a été le même, quand on opérait sur des pommades médicamenteuses préparées depuis huit jours avec le beurre de coco, tandis que les pommades préparées avec de l'axonge de porc livraient un résidu acide. D'où M. Zerner conclut que le beurre de coco ne renferme pas d'acides gras libres, qu'il peut être conservé pendant huit et quinze jours sans rancir.

Je ne fais que signaler les expériences de digestion artificielles qui sont censées démontrer que le beurre de coco ne trouble pas la digestion, puis les expériences faites sur des sujets de notre espèce, et qui sont données comme des preuves de la grande valeur alimentaire du nouveau produit. Un point mérite une mention spéciale, c'est que, d'après M. Zerner, le beurre de coco constitue un très mauvais milieu de culture pour les micro-organismes en général, et pour les bactéries pathogènes en particulier, contrairement à ce qui a lieu pour le beurre et le lait.

Le beurre de coco peut être employé en nature, comme excipient de diverses substances médicamenteuses; mais il faut le mélanger avec parties égales de beurre de cacao, lorsqu'on veut l'utiliser pour la préparation des suppositoires.

E. RICKLIN.

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 33, p. 390.

BIBLIOGRAPHIE

De la fièvre typhoïde chez les cardiaques, par P. Andavrey (Thèse de Paris 1888. H. Jouve).

Je ne voudrais pas chicaner l'auteur sur le titre de son travail, mais il me semble qu'ainsi conçu, il ne satisfait pas l'esprit, et qu'il y a ambiguïté. Il est intéressant en effet, de rechercher quelle influence la dothienentérie, qui peut par elle-même frapper le péricarde, le myocarde, et l'endocarde, peut exercer sur des lésions préexistantes. C'est là qu'est le nœud de la question. Les lésions cardiaques s'aggravent-elles? se réchauffent-elles? L'endocardite infectieuse peut-elle se montrer; est-elle due dans ce cas à une localisation sur l'endocarde déjà malade du bacille typhique? autant de questions importantes à résoudre, ou à discuter avec des faits.

Il est certain qu'au point de vue clinique, l'existence d'une lésion cardiaque ancienne chez un typhique, peut être considérée comme une complication, en dehors de toute nouvelle localisation sur l'endocarde. Les deux affections se compliquent l'une l'autre.

Cette thèse malheureusement n'éclaire pas beaucoup la question.

Essai sur l'influence thérapeutique des bains chauds et froids, par Mohamed ben Amor, (Thèse de Paris 1888. Jouve).

L'action des bains froids, tièdes, ou chauds sur l'organisme repose physiologiquement sur les modifications vasomotrices qu'impriment à la peau les changements de température, et sur les phénomènes réflexes dont ils sont le point de départ.

Les bains entre 30° et 40° sont avant tout des bains indifférents au point de vue de la calorification. Cependant ils entraînent une accélération légère du pouls et de la respiration, une augmentation dans l'absorption de l'oxygène sans qu'il y ait corrélation avec la quantité d'acide carbonique émise, quantité qui diminuerait plutôt.

Donc augmentation des combustions organiques, mais non dans le sens de l'acide carbonique, et immutabilité de la température du corps, tels sont les phénomènes capitaux de l'action des bains tièdes sur l'organisme.

Il n'en est plus de même des bains dits froids, et dont la température est inférieure à 30°. Les principaux phénomènes de l'immersion dans l'eau froide, sont : l'accélération des battements cardiaques, et une dyspnée qui cède bientôt la place à une simple accélération des mouvements respiratoires; en même temps on peut s'assurer que la pression sanguine baisse dans les carotides; ainsi que le débit du sang par seconde. L'oxygène absorbé s'accroît parfois du double, l'acide carbonique éliminé augmente également, mais pas dans des proportions identiques, de sorte que la quantité d'oxygène conservé dans le sang est plus considérable qu'à l'état normal. Il y a en réalité formation de chaleur en excès, mais qui ne peut lutter contre la déperdition des surfaces dans le bain, et il se produit en somme un abaissement lent et graduel de la température; à ce moment le pouls et la respiration se ralentissent; et le sang est complètement artérialisé. Du côté de certaines sécrétions des modifications importantes se passent; le glycogène augmente, et chez les lapins on voit survenir la glycosurie.

Les bains chauds, comme limites de température, sont beaucoup plus restreints. Et on ne peut guère supporter longtemps sans danger des bains au-dessus de 40°. Le premier phénomène est encore une dyspnée intense et une accélération des battements du cœur; mais bientôt les vaisseaux cutanés se contractent, et le débit sanguin diminue.

La respiration s'accélère, l'oxygène est absorbé en excès, l'acide carbonique augmente dans de sensibles proportions; la température centrale monte, et alors se montrent la glycosurie, l'affaiblissement des battements du cœur, signes avant-coureurs de la mort.

Les indications thérapeutiques découlent des faits précédents. Le bain tiède n'est pas indifférent dans le sens absolu du mot. Par les modifications vasomotrices qu'il cause, il est utile dans les climats à brusque changement de température; il crée pour ainsi dire une habitude vasomotrice qui peut être utile dans les congestions localisées, et chez les arthritiques, en même temps ils ont une action sédative manifeste.

Les bains froids ou chauds ne doivent être prescrits par le médecin, qu'en connaissance de cause. L'action des bains froids nous rend compte de leur usage dans l'anémie, dans la chlérose, ce sont alors des bains de courte durée. L'action de ces bains prolongés sur les combustions permet d'entrevoir leur application aux maladies, par ralentissement de la nutrition.

Quant aux bains chauds, dont l'action dans le fond est identique à celle des bains froids, ils sont d'un emploi dangereux, et il y a tout avantage à les remplacer par les bains froids.

Barbier.

BULLETIN

L'épidémie régnante. — La contagion de la tuberculose.

L'épidémie actuelle est partout le sujet de toutes les conversations et, dans toutes les Académies ou Sociétés médicales, l'objet des principales discussions. C'est que, si elle n'est pas meurtrière, elle est réellement grave par le nombre de personnes qu'elle atteint et par les entraves qu'elle apporte ainsi au mouvement quotidien de la vie sociale. Les hôpitaux remplis et obligés de fermer leurs portes à de nouveaux arrivants, les élèves de tous les établissements licenciés, ses grands magasins vides, beaucoup de services publics en souffrances, les réunions de famille empêchées ou plus ou moins compromises : tel est, en effet, le tableau qu'offre en ce moment Paris. Aussi ne s'empresse-t-on pas d'y venir prendre ses quartiers d'hiver : bon nombre de familles ajournent leur rentrée jusqu'après la disparition ou tout au moins la décroissance de l'épidémie. Ce n'est pas à dire qu'elles y échappent, car la maladie, après avoir envahi les grands centres, rayonne de toutes parts : on peut dire qu'elle a ou qu'elle aura bientôt envahi toute l'Europe.

Bien que la discussion continue sur la nature de l'épidémie, l'opinion plus généralement adoptée à Saint-Pétersbourg, à Berlin, comme à Paris, est qu'on a affaire à la grippe, se présentant sous trois formes, forme nerveuse, forme gastrique, forme catarrhale, mais revêtant le plus souvent une forme mixte ou hybride entre les trois types précédents.

MM. Potain et Sée à Paris, de même que plusieurs médecins de Saint-Pétersbourg, ont noté assez fréquemment une augmentation de volume de la rate. C'est là un indice du caractère infectieux de la maladie. Elle serait, pour beaucoup, d'origine miasmatique, mais le miasme, l'agent infectieux reste toujours à déterminer. L'infection, d'ailleurs atteindrait les bêtes comme les hommes. Ainsi, en Angleterre l'épidémie aurait frappé les chevaux avant les habitants. On a noté, dans les épidémies antérieures, cette commu-

nanté des animaux domestiques et de l'homme devant la grippe. On s'accorde aussi, à l'étranger comme en France, à reconnaître que la maladie n'est pas primitivement contagieuse. Ceci, comme nous l'avons déjà dit dans notre précédent *Bulletin*, ne l'empêcherait pas de l'être secondairement.

Si l'on embrasse la généralité des cas, et on voit combien ils sont nombreux, il est permis de dire, comme aux premiers jours, que l'épidémie est bénigne. Il y a cependant une restriction à faire pour certaines catégories de gens déjà malades, dont l'affection reçoit comme un coup de fouet sous l'influence de l'épidémie qui les atteint. A ce point de vue, M. Sée a signalé plus particulièrement, et avec raison, les bronchitiques, les catarrheux et les cardiaques. La pneumonie, ou plutôt la broncho-pneumonie, qui est la complication la plus fréquente de la grippe, revêt chez ces individus un haut degré de gravité, et la terminaison est souvent funeste. C'est ce qu'on a eu mainte occasion de noter dans cette dernière semaine. Et il ne s'agit probablement pas ici de la pneumonie franche, de la pneumonie à pneumocoques, mais plutôt d'une broncho-pneumonie à forme infectieuse. La question posée à Saint-Pétersbourg a été portée devant l'Académie de médecine par M. Sée, qui se propose de l'étudier de près. Quoi qu'il en soit il est bon d'être prévenu de cette gravité des broncho-pneumonies grippales chez toutes les personnes préalablement affaiblies, en particulier chez les catarrheux et les cardiaques.

— Les phthisiques, chose assez curieuse, supportent assez bien les atteintes de la grippe. Ils n'en fournissent pas moins à cette époque de l'année un contingent important à la mortalité. D'après la statistique produite à l'Académie par M. Lagneau, 21 pour 100 des décès enregistrés à Paris en 1888, soit plus du quart, doivent être attribués à la tuberculose.

Il est un point de la communication de notre confrère qui mérite d'être relevé. Dans le Var, dit-il, et dans les Bouches-du-Rhône, les cas d'exemption pour maladies de poitrine ou faiblesse de constitution dépassent du double la moyenne générale de toute la France. Aussi ajoute M. Lagneau, peut-on se demander si les phthisiques envoyés sur le littoral méditerranéen ne tuberculisent pas les habitants de cette région.

On ne saurait poser d'une manière plus grave la question de la contagion. Cette question a été étudiée par M. Leudet dans un milieu spécial où il a pu recueillir des documents précis, et notre confrère est arrivé à cette conclusion que la contagion de la tuberculose est extrêmement rare.

Sans être aussi affirmatif, M. Vallin semble disposé à soutenir l'opinion contraire. Il lui paraît toutefois difficile de faire actuellement la part de l'hérédité et celle de la contagion dans le développement de la tuberculose; aussi propose-t-il que l'Académie prenne l'initiative d'une vaste enquête auprès de tous les médecins de France pour réunir sur ce sujet la plus grande somme de matériaux possible. La lumière sortira-t-elle d'une semblable accumulation de documents? Des enquêtes de même ordre, ainsi que le rappelle M. Vallin, ont déjà été poursuivies; elles auraient même donné, suivant lui, d'excellents résultats. La question qu'il pose lui-même de nouveau a-t-elle fait réellement un grand pas? Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

— Projet de création d'un corps de médecins coloniaux. — Il va, dit-on, être formé un corps de médecins coloniaux, analogue par sa constitution, au corps du commissariat colonial. Ce corps serait exclusivement recruté parmi les médecins de la marine qui souhaiteraient d'en faire partie; et pour faciliter le recrutement immédiat, les médecins de 1re classe de la marine ayant actuellement six années de grade pourront, s'ils demandent à entrer dans le cadre colonial, être promus immédiatement médecins principaux; de même, les médecins de 2e classe comptant deux années de grade, seraient promus à la 1re classe. Les chefs du service de santé dans les colonies seraient des seconds médecins en chef. Une fois dans le service colonial, les médecins de la marine ne pourraient rentrer dans le corps métropolitain que par permutation.

— L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro la reproduction du récent décret relatif à l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

NOUVELLES

Nécrologie. — La dernière séance de l'Académie de médecine a commencé devant des fauteuils vides : c'est que tous ou presque tous les membres de la savante compagnie rendaient les devoirs suprêmes à un de leurs collègues les plus jeunes et les plus sympathiques, M. Damaschino, enlevé en trois jours par une grippe compliquée d'accidents broncho-pulmonaires.

Notre regretté confrère n'avait pas 50 ans. Externe en 1861, chef de clinique en 1867, agrégé et médecin des hôpitaux en 1871, professeur de pathologie interne en 1885, membre de l'Académie de médecine en 1888, il avait successivement franchi tous les degrés de la hiérarchie, sans éveiller l'envie d'aucun de ses confrères. Simple, affable, obligeant, il jouissait en retour de la sympathie de tous. Sa mort est un véritable deuil pour le corps médical de Paris.

Damaschino a publié de nombreux mémoires dans divers recueils scientifiques. Grâce à son service de l'hôpital Laënnec et au laboratoire qu'il y avait organisé, il avait groupé autour de lui des élèves et a inspiré plusieurs thèses d'un grand intérêt. Ses *Leçons sur les maladies du tube digestif* ont été hautement appréciées du public médical. La mort, qui l'a frappé avant l'heure, nous prive sans doute de travaux non moins importants qui eussent gardé l'empreinte de ses qualités brillantes. M. Féréol, interprète de l'Académie, a dit des paroles éloquentes sur cet avenir trop tôt brisé.

**

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Boursier, agrégé libre, est rappelé à l'exercice à partir du 1er novembre 1889, pour une période de trois ans.

M. Conil est maintenu, pendant l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le Dr Pollosson (Auguste) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le Dr Condamin, prosecteur, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Émile), dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ville, agrégé, est chargé d'un cours de chimie médicale pendant la durée du congé accordé à M. Engel.

M. de Girard, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

M. Moitessier, licencié ès sciences, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Ville, appelé à d'autres fonctions.

**

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guillemin, agrégé, est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

M. Sabadini, chef de clinique obstétricale, est institué chef de clinique chirurgicale à ladite école, en remplacement de M. Thiéhaut, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Angers.* — M. André (Michel-Denis) phar

macien de 1re classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Boutron (Augustin-François-Alexis), licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. Paris, 1890. 1 vol. in-8° de 623 pages, 8 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille,

Etude sur la fièvre typhoïde-atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde, par le docteur A. Bourgeois, médecin major, etc. Une brochure in-8° de 42 pages, 2 fr. —Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes, par le docteur E.-J. Moure, professeur libre de laryngologie, etc. Grand in-8° de 24 pages, 1 fr. 50.—Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris,

Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale. par le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, Une brochure in-8° de 35 pages, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris,

De la congestion du foie (Esquisse de séméiologie clinique), par le docteur P. Morot. médecin consultant à Vichy. Grand in-8° de 32 pages, 1 fr.-50. — Librairie O. Doin, 8. place de l'Odéon, Paris.

Etude sur la culture des micro-organismes (Anaérobies), par le docteur A. Foureur, préparateur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Grand in-8° de 72 pages, avec 25 figures dans le texte, 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 15 AU SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1889.

Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 0. — Rougeole, 14. — Scarlatine. 4.— Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra, 0.— Phtisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses, 32. — Autres, 8. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 77 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13.—Maladies organiques du cœur, 165.—Bronchite aiguë, 93. — Bronchite chronique, 60. — Broncho-pneumonie, 46. — Pneumonie, 133 —Gastro-entérite des enfants : Sein, 11 —Biberon, 33. —Diarrhée au-dessus de 5 ans, 7. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 51. — Suicides, 7. —Autres morts violentes, 10.—Autres causes de mort, 254. — Causes inconnues, 17.— Total : 1356.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.